

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: **«КООРДИНАЦІЯ ТА ЗДІЙСНЕННЯ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОГО
НАГЛЯДУ І АНАЛІЗУ ЗА НАРКОМАНІЯМИ ТА АЛКОГОЛІЗМОМ (ЗА
ПЕРІОД 2015-2024 РОКИ В РІВНЕНСЬКІЙ ОБЛАСТІ)»**

Виконав студент 2 курсу, групи МГЗ-2
Спеціальності 229 Громадське здоров'я,
освітньо-професійної програми
«ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я»
другого (магістерського рівня вищої освіти)
Корнєєв Микола Миколайович

Керівник – кандидат медичних наук, доцент
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 «__» _____ 2026 р.

Острог, 2026

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ ОГЛЯД ПРОБЛЕМИ.....	10
1.1.Медико-соціальні аспекти наркоманії та алкоголізму	10
1.2 Епідеміологічний нагляд за наркоманіями та алкоголізмом: сутність, завдання, принципи та показники	20
1.3 Нормативно-правове забезпечення епідеміологічного нагляду та моніторингу залежностей в Україні	26
1.4 Міжнародний досвід моніторингу залежностей (ВООЗ, ЄС)	32
Висновки до Розділу 1	39
РОЗДІЛ 2. АНАЛІЗ ПОКАЗНИКІВ ЗАХВОРЮВАНOSTІ НАРКОМАНІЯМИ І АЛКОГОЛІЗМОМ В УКРАЇНІ ТА В РІВНЕНСЬКІЙ ОБЛАСТІ ЗА 2015–2024 РОКИ	41
2.1. Аналіз показників захворюваності на наркоманії та алкоголізм в Україні .	41
2.4. Вплив соціально-економічних та військових факторів на поширеність алкоголізму та наркоманії	95
Висновки до Розділу 2	101
РОЗДІЛ 3. ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ КООРДИНАЦІЇ ТА ЕФЕКТИВНОСТІ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОГО НАГЛЯДУ.....	104
3.1 Організація епіднагляду та проведення моніторингу за наркоманіями та алкоголізмом і профілактика захворювань на регіональному рівні	104
3.2 Оцінка ефективності чинної системи епідеміологічного нагляду за наркоманіями та алкоголізмом на регіональному рівні	119
3.3. Рекомендації щодо покращення епіднагляду за наркоманіями та алкоголізмом на регіональному рівні	126
Висновки до Розділу 3	131
ВИСНОВКИ	133
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	139
ДОДАТКИ.....	154

ВСТУП

Актуальність теми. Розлади психіки та поведінки, пов'язані з вживанням психоактивних речовин (наркоманія та алкоголізм), є одними з найбільш значущих медико-соціальних проблем у світі через високий рівень хронічних захворювань, соціальної дезадаптації та смертності. Проблема протидії небезпечному та шкідливому вживанню алкоголю на сучасному етапі розвитку суспільства набуває особливої актуальності. Це пов'язане зі значним поширенням цього чинника ризику захворювань і травм серед населення та на його вплив у формування неінфекційної, у тому числі алкоголезалежної патології. Вживання алкоголю є важливим фактором ризику розвитку неінфекційних захворювань та травматизму, що відображено в документах Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), Європейського регіонального бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я (ЄРБ ВООЗ) тощо. Алкоголізм є причиною передчасних смертей та втрачених років здорового життя на глобальному, національному та регіональному рівнях. З огляду на поширеність вживання алкоголю та його негативні наслідки для здоров'я, міжнародними та регіональними організаціями в охороні здоров'я розроблено та прийнято низку документів щодо напрямів дій та конкретних заходів боротьби з алкоголем [31].

Згідно з даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), висвітленими у Глобальному звіті про стан алкоголю та здоров'я та лікування розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин (Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders, 25 червня 2024 р.), загальносвітовий рівень споживання алкоголю на душу населення продемонстрував незначну тенденцію до зниження, скоротившись з 5,7 літра у 2010 р. до 5,5 літра у 2019 р., що відповідає відносному зменшенню на 4,5%. Водночас найвищі показники споживання у 2019 р. були зафіксовані в Європейському регіоні ВООЗ (9,2 літра) та Регіоні Америки (7,5 літра), що свідчить про значні регіональні відмінності [128].

Більше половини населення світу віком від 15 років (56%) у 2019 р. не вживали алкогольні напої протягом останніх 12 місяців, при цьому співвідношення осіб, які споживають алкоголь, і тих, хто утримується від нього, залишається відносно стабільним упродовж тривалого періоду.

Середній рівень споживання алкоголю серед осіб, які його вживають, становить близько 27 г чистого етилового спирту на добу, що асоціюється з суттєвим зростанням ризику розвитку широкого спектра захворювань, а також підвищенням показників передчасної смертності та втрати років здорового життя [128].

Світові показники споживання алкоголю демонструють відносно стабільні глобальні тенденції. Середній рівень споживання становить близько 6,2 літра чистого алкоголю на одну особу віком 15+ років на рік, відповідно до оцінок ВООЗ станом на 2025 рік. Водночас міжрегіональні відмінності є суттєвими: від дуже високих рівнів у країнах Європи, зокрема в Латвії та Чехії, де показники перевищують 12 літрів, до мінімальних значень у країнах з домінуванням мусульманських традицій, де споживання алкоголю є майже відсутнім [128].

Формування таких моделей визначається культурними особливостями, рівнем соціально-економічного розвитку та ефективністю державного регулювання на рівень споживання алкоголю населенням. Водночас в економічно розвинених країнах спостерігається поступове зниження споживання в наслідок поширення ідей здорового способу життя.

У середині 2020-х років фіксується зростання популярності безалкогольних напоїв, що сприяло скороченню загального обсягу споживання алкоголю на 5–7% порівняно з початком десятиліття. Водночас проблема алкогольної залежності залишається масштабною та охоплює понад 280 мільйонів осіб (15+) у світі, що свідчить про значний медико-соціальний тягар алкоголю [128].

Сучасні аналітичні дослідження, зокрема звіти ВООЗ та Євростату, засвідчують трансформацію моделей вживання алкоголю, зменшення його споживання серед молоді в США та країнах Європи порівняно з попередніми

поколіннями та одночасне зростання в державах, що розвиваються, що пов'язано з процесами урбанізації та змінами стилю життя. Статистичні дані також вказують на виражені гендерні відмінності: чоловіки в середньому споживають алкоголь удвічі більше, ніж жінки. Окрему увагу привертає вплив кризових подій, зокрема пандемій і воєнних дій. В Україні зареєстроване споживання алкоголю у 2018–2023 роках знизилося до 5,15 літра на особу, проте з урахуванням незареєстрованого сегмента реальний рівень може наближатися до 10 літрів[128].

Шкідливе вживання алкоголю є суттєвим бар'єром на шляху до досягнення Цілей сталого розвитку (ЦСР) Організації Об'єднаних Націй (ООН) до 2030 р., оскільки негативно впливає на широкий спектр соціальних, економічних і медичних показників у більшості країн світу. Алкоголь і надалі залишається найбільш поширеною психоактивною речовиною, що має серйозні наслідки для системи громадського здоров'я.

Соціальна прийнятність споживання алкоголю та усталені культурні норми, які підтримують відповідну поведінку, часто призводять до заниження оцінки його реальної шкоди для здоров'я населення. Досить часто негативні наслідки вживання алкоголю нівелюються або перекриваються твердженнями про його нібито позитивний вплив на добробут, соціальну взаємодію чи економічний розвиток.

Суперечливі повідомлення щодо шкоди та користі виробництва і споживання алкоголю можуть відтерміновувати формування поведінки населення, націленої на збереження здоров'я, та послаблювати ефективність заходів, спрямованих на зменшення медичного й соціального тягаря, пов'язаного з алкоголем. Водночас алкоголь є єдиною психоактивною речовиною зі значним глобальним впливом на здоров'я, яка досі не регулюється міжнародними юридично обов'язковими нормативними механізмами.

Включення цільового показника 3.5 щодо зменшення шкідливого вживання алкоголю та спеціального індикатора 3.5.2 до Порядку денного сталого розвитку до 2030 р. засвідчує зростання глобального усвідомлення масштабів

негативного впливу алкоголю на здоров'я населення та сталий розвиток суспільства [99].

З огляду на оцінки, у 2021 р. у світі 22 мільйони людей вживали кокаїн, 36 мільйонів людей вживали амфетаміни та близько 5 мільйонів споживачів опіуму, зв'язок між вживанням наркотиків та неінфекційними захворюваннями має пряме відношення до глобальної охорони здоров'я [142].

Дані показують, що розлади, спричинені вживанням психоактивних речовин, складають значну частину всіх психічних та поведінкових розладів як у світі, так і в Україні, що підкреслює потребу у потужних системах нагляду, моніторингу та аналізу для планування ефективних втручань.

У Національних звітах Центру громадського здоров'я (ЦГЗ) постійно показують ситуацію із наркотичною та алкогольною ситуацією, охоплюючи тенденції споживання, правопорушення та лікування, що підкреслює важливість систематичного збору й аналізу даних для формування політики охорони здоров'я.

Використання даних національного рівня дозволяє зіставляти регіональні тенденції з загальнодержавними, виявляти відмінності та корелювати їх з соціально-демографічними факторами.

Мета роботи — вивчити та проаналізувати координацію та здійснення епідеміологічного нагляду і аналізу за наркоманіями та алкоголізмом (за період 2015–2024 роки в Рівненській області).

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

1. ознайомитися з роботами провідних зарубіжних та вітчизняних науковців, лікарів-практиків у галузі, що досліджуємо;
2. вивчити організацію моніторингу за наркоманіями та алкоголізмом в Україні, Європі та світі;
3. проаналізувати показники захворюваності наркоманіями та алкоголізмом та смертності від цих хвороб в Україні, Рівненській області, Острозькій ТГ за 2015–2024 роки;

4. охарактеризувати захворюваність вірусними гепатитами А, В, С, ВІЛ-інфекцією/СНІДом, туберкульозом населення Рівненської області та хворих наркоманіями та алкоголізмом в Україні, Рівненській області, Острозькій ТГ за 2015–2024 роки;

5. вивчити показники охоплення профілактичними щепленнями проти гепатиту В та туберкульозу, лабораторним обстеженням на маркери вірусних гепатитів В, С, ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу населення Рівненської області та хворих наркоманіями та алкоголізмом за 2015–2024 роки;

6. оцінити вплив повномасштабної російської військової агресії на захворюваність наркоманіями та алкоголізмом;

7. вивчити роль сімейних лікарів в ранньому виявленні, лікуванні та профілактиці захворювань на наркоманії та алкоголізм (на прикладі КНП «Острозький центр первинної медичної допомоги» Острозької міської ради Рівненського району Рівненської області), з цією метою провести анкетне опитування сімейних лікарів;

8. розробити пропозиції для покращення епідеміологічного моніторингу за хворими наркоманіями та алкоголізмом та профілактики вірусних гепатитів, ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу серед цих хворих.

Об’єкт дослідження — захворюваність на наркоманії та алкоголізм, вірусними гепатитами А, В, С, ВІЛ-інфекцією/СНІДом, туберкульозом та їх профілактика.

Предмет дослідження — моніторинг захворюваності наркоманіями та алкоголізмом, вірусними гепатитами А, В, С, ВІЛ-інфекцією/СНІДом, туберкульозом та їх профілактика серед населення Рівненської області за 2015–2024 роки.

Методи дослідження. Завдання, виконані в ході роботи, забезпечували її системний підхід, оскільки результати кожного етапу служили логічною основою для узагальнення отриманих даних та наукового обґрунтування мети дослідження.

Для вирішення завдань дослідження на кожному з етапів написання кваліфікаційної роботи на здобуття освітнього ступеня магістра використовували системний підхід. Бібліографічний метод застосовували для наукового аналізу зарубіжної та вітчизняної літератури за темою дослідження. Виконували поставлене завдання за допомогою структурно-логічного аналізу та бібліосемантичного методу. Аналіз захворюваності проводили епідеміологічним методом, медико-статистичний метод використовували для статистичної обробки та аналізу отриманої інформації щодо основних показників захворюваності населення.

Для роботи використали дані статистичної звітності:

1. галузева статистична звітність про роботу ДУ «Рівненський обласний центр контролю та профілактики хвороб Міністерства охорони здоров'я України» - форма №40-здор.;
2. статистична форма № 1 «Звіт про окремі інфекції та паразитарні захворювання» (місячна);
3. форма № 2 «Звіт про окремі інфекції та паразитарні захворювання» (річна) ДУ «Рівненський обласний центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України» (ДУ «Рівненський ОЦКПХ МОЗ»);
4. Національний звіт щодо наркотичної ситуації в Україні за 2015–2024 роки [58].

Наукова новизна. У кваліфікаційній роботі на здобуття освітнього ступеня магістра проведено аналіз досить великого часового періоду, 2015–2024 рр. На рівні області це дозволить виявити довгострокові тренди; оцінити вплив соціальних, економічних та політичних змін на ситуацію із залежностями; запропонувати нові підходи до інтеграції регіонального та національного епідеміологічного нагляду.

Апробація роботи в ході підготовки кваліфікаційної роботи матеріали досліджень були висвітлені на науково-практичних конференціях у вигляді доповідей:

1. Доповідь на тему «Координація та здійснення епідеміологічного нагляду і аналізу за наркоманіями та алкоголізмом (за період 2015–2024 роки на території Рівненської області» в рамках XXXI наукової викладацько-студентської конференції «Дні науки» в Національному університеті «Острозька академія» 12 – 16 травня 2025 р. ;

2. Доповідь на тему «Здійснення епідеміологічного нагляду за наркоманіями та алкоголізмом в Рівненській області за період 2015–2024 роки»

Одержані результати дослідження можуть бути використані для вдосконалення системи моніторингу наркоманії та алкоголізму на регіональному рівні, що сприятиме більш швидкому реагуванню на епідемічну ситуації щодо вказаних хвороб та запобіганню їх розповсюдженню. Результати дослідження можуть бути використані для розробки ефективних профілактичних заходів та кампаній з підвищення обізнаності населення щодо наркоманії та алкоголізму та про важливість профілактичних заходів. Їх можна застосувати для формування та коригування політики охорони здоров'я населення на регіональному рівні щодо попередження захворювань на наркоманії та алкоголізм, що забезпечить більш ефективне управління ресурсами та покращення загального стану здоров'я населення.

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. Медико-соціальні аспекти наркоманії та алкоголізму

Кількість залежних людей катастрофічно збільшується у всьому світі та в Україні. За даними ВООЗ на початку ХХІ століття зловживання алкоголем, наркотиками та іншими речовинами, що змінюють свідомість, набуло характеру епідемії [124].

Медико-соціальні аспекти алкоголізму та наркоманії охоплюють руйнівний вплив залежностей на здоров'я (психічні розлади, деградація мозку, соматичні захворювання) та суспільство (руйнування сімей, зростання злочинності, втрата працездатності). Ці захворювання вимагають комплексного медичного підходу, психотерапії, а також соціальної реабілітації для повернення хворих до нормального життя.

Алкоголізм, або алкогольна залежність — характерна психофізична залежність від алкоголю, основою якої є його участь в обмінних процесах людського організму, а також хронічна хвороба, яка розвивається внаслідок тривалого зловживання спиртним. У ширшому розумінні алкоголізм — сукупність шкідливих звичок, пов'язаних із зловживанням алкоголем, що впливають на здоров'я, життя, роботу і добробут людей. Психологічно має дві стадії: звичка та хвороба [2]. Систематичне вживання алкоголю супроводжується психічною та фізичною залежністю від них зі специфічними змінами особистості хворого, які супроводжуються алкогольними психозами з важким перебігом часто зі смертельними випадками. Це — хронічна хвороба з систематичним і тривалим впродовж багатьох років вживанням алкоголю, з формуванням obsesивного (нав'язливого) і компульсивного потягу до спиртного, зміною толерантності та призводить в кінцевому етапі до деградації особистості.

Термін «алкоголь» з'явився після відкриття процесу отримання чистого спирту арабськими алхіміками приблизно у 800 р. нашої ери та застосовувався

винятково з лікувальною метою. Своє походження це слово має з арабської мови — від поняття «аль-куль», яке означає найчистішу, невагому на дотик субстанцію, тобто концентрований екстракт. Основним компонентом алкоголю є спирт, або етанол [48].

Національний інститут зловживання алкоголем та алкоголізму (NIAAA), провідна американська установа в структурі Національних інститутів охорони здоров'я, що проводить масштабні дослідження впливу алкоголю на організм, дає певні характерні поняття, щодо захворювання алкоголізмом: потяг — сильна потреба або спонукання випити; втрата контролю — нездатність спинитися вживати спиртне; фізична залежність — абстинентні синдроми, такі як нудота, пітливість, тремор і тривога після припинення вживання алкоголю; толерантність — необхідність вживати більшу кількість алкоголю, щоб досягнути стану «ейфорії» [138].

Наркоманія (від грец. *Narke* — заціпеніння, сон, і грец. *Mania* — божевілля, пристрасть, потяг; англ. *substance dependence, drug dependence*) — група хвороб, які виникають внаслідок систематичного вживання наркотичних речовин у зростаючій кількості. Вони включені до офіційного списку наркотиків. Проявами наркоманії є психічна і фізична залежність від цих речовин, а також розвиток абстиненції при припиненні їхнього вживання. Часто для позначення цього стану використовується термін «наркозалежність» [57].

Оскільки клінічні прояви окремих форм наркоманій залежать від особливостей наркотичної речовини, якою зловживають, то цей термін часто використовують у множині — наркоманії. У кожному конкретному випадку для характеристики окремої форми наркоманії використовується прикметник, що означає назву наркотичної речовини, наприклад, морфінна наркоманія (морфінізм), кокаїнова, гашишна тощо [57].

Упродовж останніх років у багатьох країнах світу відзначається зростання кількості осіб, які страждають на алкогольну залежність. Широке поширення вживання алкоголю, його масовий і системний характер створюють реальну

загрозу для здоров'я нації та дають підстави розглядати його як один із головних чинників медико-соціальної значущості.

В Україні зараз також є численні несприятливі передумови для формування алкогольної та нарко- залежностей. Передусім варто звернути увагу на чинники ризику, пов'язані з впливом стресових факторів, зокрема політичної й економічної нестабільності, а також воєнних дій. Додатково ситуацію ускладнює те, що ці обставини стосуються значної частини населення — внутрішньо переміщених осіб (яких офіційно налічується понад мільйон), учасників бойових дій та їх родин [22].

На думку К. Гапонова, алкогольна залежність є поширеною медико-соціальною проблемою, що набуває особливої актуальності в період соціально-економічних трансформацій і збройних конфліктів. У його наукових дослідженнях встановлено тісний взаємозв'язок між стресом і алкогольною залежністю: на популяційному рівні вона частіше діагностується в осіб, які зазнали значного стресового впливу, а на генетичному та біохімічному рівнях простежується спільність генів і нейробіологічних механізмів, що беруть участь як у процесах адаптації до стресу, так і у формуванні залежності [25].

Алкогольна залежність, або алкоголізм, є хронічним захворюванням, що проявляється в нездатності людини контролювати споживання алкоголю, що спричиняє серйозні фізичні, психічні та соціальні наслідки. Для позначення комплексу патологічних змін в організмі, викликаних уживанням алкоголю, німецький науковець М. Гусс увів у науковий обіг термін «алкоголізм» [47].

Психологічні підходи до пояснення алкоголізму не мають єдиного трактування та нерідко є суперечливими. Водночас дослідники, зокрема Н. Штейн, К. Сосін, І. Сквіра, В. Міцура виокремлюють основні теоретичні підходи до формування алкогольної залежності [94,112].

У численних дослідженнях обґрунтовується думка, що до розвитку алкоголізму більш схильні особи з певними індивідуальними характеристиками, такими як емоційна нестійкість, невротичність, знижений рівень інтелектуального розвитку, пасивність тощо [56]. Алкоголь у цьому контексті

розглядається як психофармакологічний засіб, який тимчасово змінює або послаблює небажані емоційні стани: знижує рівень тривоги у невротичних осіб і пом'якшує інтенсивність переживань при інших особистісних розладах [102].

Одним з медичних аспектів алкоголізму є ураження органів. Найбільше страждає мозок, печінка, серцево-судинна та нервова системи. Алкогольна залежність впливає на порушення в обміні речовин. В організмі алкоголь окислюється та перетворюється у такі шкідливі продукти як оцтова й піровиноградна кислоти, альдегіди й кетони [118]. Позбавлення від цієї залежності передбачає передусім усунення симптомів хворобливого стану.

Іншим медичним аспектом є психічні розлади. Алкогольна залежність може спричиняти різноманітні проблеми та психічні порушення, зокрема депресивні стани, психози, алкогольну шизофренію й різні фобічні розлади [3].

Алкоголь здатний створювати штучний заспокійливий ефект, зменшувати відчуття тривоги та внутрішнього напруження, а також формувати більш спрощене й спокійне сприйняття життєвих труднощів або конфліктних ситуацій. Проте після припинення дії алкоголю штучний спокій може перетворитися на ще більшу тривожність, нервозність чи навіть панічні атаки.

Природа алкогольної залежності не обмежується лише психологічною або фізіологічною тягою до психоактивної речовини. Результати наукових досліджень і практичний досвід роботи із залежними особами, зокрема в межах реабілітаційних програм, свідчать, що важливою умовою надання допомоги людям із алкогольною залежністю є формування здорових міжособистісних взаємин і гармонійного внутрішньоособистісного контакту [13].

Іншими словами, ключове значення для подолання алкогольної залежності мають здатність до ефективної взаємодії з оточенням, побудова близьких стосунків, відповідальне ставлення до власного життя та реалізація особистісного потенціалу. Це підтверджується, зокрема, сучасними діагностичними критеріями залежного розладу особистості.

Ще одним медичним аспектом можна виокремити фізичне здоров'я. Ризик інфекційних захворювань (ВІЛ/СНІД, гепатити при наркоманії), онкології.

Наркоманії є одним із ключових чинників поширення інфекційних захворювань, передусім ВІЛ-інфекції та вірусних гепатитів, що зумовлено як біологічними, так і поведінковими факторами ризику. Особливо високий рівень інфікування через контакт із зараженою кров'ю спостерігається серед осіб, які вживають наркотики ін'єкційним шляхом (ЛВНІ). Спільні шляхи передачі ВІЛ-інфекції і гепатитів В та С призводять до того, що хворі на ВІЛ-інфекцію часто мають коінфекцію ВІЛ/гепатит, що обтяжує стан пацієнта та загальний перебіг хвороби [111,121, 123].

Основними механізмами передачі ВІЛ-інфекції і гепатитів В у ЛВНІ є:

- використання тих самих шприців, голок та іншого ін'єкційного обладнання;
- недотримання санітарно-гігієнічних умов під час введення наркотичних речовин;
- ризикована сексуальна поведінка, характерна для осіб із наркотичною залежністю;
- зниження рівня самоконтролю та критичного мислення в стані наркотичного сп'яніння.

ВІЛ уражає імунну систему, що призводить до розвитку синдрому набутого імунодефіциту (СНІДу). У таких осіб значно зростає ризик опортуністичних інфекцій, зокрема туберкульозу, пневмоній, грибкових уражень та інших тяжких станів[100].

За даними ВООЗ та Об'єднаної програми Організації Об'єднаних Націй з ВІЛ/СНІД (UNAIDS,) ін'єкційне вживання наркотиків є одним із головних шляхів поширення ВІЛ-інфекції у багатьох країнах, зокрема в країнах Східної Європи [137].

Вірусні гепатити В і С широко поширені серед осіб із наркотичною залежністю, особливо серед ін'єкційних споживачів наркотиків. Передача інфекції відбувається переважно через контакт із зараженою кров'ю. Гепатит В може мати як гострий, так і хронічний перебіг; гепатит С у більшості випадків переходить у хронічну форму; хронічне ураження печінки призводить до

фіброзу, цирозу та гепатоцелюлярної карциноми; можливе одночасне інфікування ВІЛ та гепатитами, що значно погіршує прогноз.

Висока поширеність цих захворювань серед наркозалежних зумовлює їх значну медико-соціальну небезпеку та потребує комплексних профілактичних заходів.

Поширенню інфекцій серед наркозалежних сприяють соціальна маргіналізація та обмежений доступ до медичних послуг, низький рівень обізнаності щодо профілактики інфекцій, ризикована сексуальна поведінка, порушення санітарних норм та ослаблення імунної системи через тривале вживання наркотичних речовин.

Таким чином, наркоманія виступає не лише медичною, а й соціальною проблемою, що сприяє поширенню небезпечних інфекційних захворювань.

Підвищується ризик онкологічних захворювань при алкоголізмі. Алкоголь є доведеним канцерогеном. Основну роль у розвитку злоякісних новоутворень відіграє ацетальдегід — токсичний продукт метаболізму етанолу, який пошкоджує ДНК клітин і спричиняє мутації [115].

Основні механізми канцерогенної дії алкоголю полягають у токсичному ушкодженні клітинних структур, порушенні процесів репарації ДНК, розвитку хронічного запалення, пригніченні імунного захисту, підвищенні проникності тканин для інших канцерогенів, дефіциті вітамінів та антиоксидантів [141].

Хронічне зловживання алкоголем пов'язане з підвищеним ризиком розвитку раку ротової порожнини, гортані, стравоходу, печінки, молочної залози. Ризик зростає пропорційно до кількості спожитого алкоголю та тривалості його вживання. Алкоголь посилює канцерогенний вплив інших факторів, зокрема вірусних інфекцій.

Наркотична залежність також пов'язана з підвищеним ризиком розвитку злоякісних новоутворень, хоча механізми мають комплексний характер. Основними факторами ризику є хронічне токсичне ураження органів і тканин, пригнічення імунної системи, інфекційні ускладнення (ВІЛ, вірусні гепатити),

канцерогенні домішки у наркотичних речовинах, поєднання наркоманії з алкоголізмом і тютюнопалінням.

Поєднання алкоголізму та наркоманій значно посилює негативні наслідки для здоров'я, оскільки підвищується токсичне навантаження на організм, зростає рівень імунodefіциту, збільшується ризик інфекційних та онкологічних захворювань, погіршується ефективність лікування та прогноз на видужання.

Лікування алкоголізму потребує тривалої детоксикації, медикаментозної терапії та реабілітації. У сучасній науковій практиці відсутній універсальний психологічний метод лікування алкогольної залежності, що пояснюється індивідуальними особливостями перебігу залежності та специфікою психоемоційного стану кожної особи. Ефективність психотерапевтичних підходів значною мірою залежить від особистісних характеристик пацієнта, рівня мотивації та соціального середовища [13, 84–86].

До найбільш поширених методів психологічної допомоги при алкогольній залежності належать когнітивно-поведінкова терапія, мотиваційне інтерв'ювання та сімейна терапія. Зазначені підходи спрямовані на корекцію деструктивних когнітивних установок і поведінкових моделей, пов'язаних із вживанням алкоголю, формування стійкої мотивації до утримання від його вживання, а також розвиток ефективної системи соціальної підтримки [13].

Психологічні інтервенції можуть реалізовуватися у формі індивідуальної або групової терапії та передбачають роботу з психологічними чинниками, що сприяють формуванню залежності, зокрема стресом, тривожними та депресивними станами. Основною метою таких втручань є розвиток адаптивних механізмів подолання труднощів і формування ефективних стратегій вирішення проблем без звернення до алкоголю.

У комплексному лікуванні алкогольної залежності в окремих випадках поряд із психотерапевтичними заходами може застосовуватися медикаментозна терапія, спрямована на корекцію супутніх психічних порушень [46].

Окрім медичних аспектів є й соціальні, наприклад, руйнування сім'ї. Алкоголізм і наркоманії мають виражений деструктивний вплив на

функціонування сім'ї, порушуючи її соціально-психологічну стабільність, систему міжособистісних відносин та виконання основних сімейних функцій. Залежність одного або кількох членів родини призводить до зростання конфліктів, насильства, емоційної нестабільності та загальної дезорганізації сімейного життя.

Одним із найбільш поширених наслідків залежності є загострення сімейних конфліктів. Вживання психоактивних речовин супроводжується змінами поведінки, порушенням соціальних норм, зниженням відповідальності та втратою контролю над власними діями, що негативно впливає на міжособистісні взаємини. Конфлікти виникають через порушення сімейних ролей та обов'язків, фінансові труднощі, пов'язані з витратами на алкоголь або наркотики, втрату довіри між членами сім'ї, зниження соціальної адаптації залежної особи, емоційне напруження та психологічний стрес у членів родини.

Тривалі конфліктні ситуації руйнують сімейні зв'язки, знижують рівень взаємної підтримки та руйнують психологічне благополуччя всіх членів сім'ї [44].

Алкогольна та наркотична залежність значно підвищують ризик проявів домашнього насильства: фізичного, психологічного, економічного або сексуального характеру. Психоактивні речовини знижують рівень самоконтролю, підвищують агресивність і сприяють імпульсивній поведінці [114].

Діти, які живуть із залежними батьками, є особливо вразливою групою. Такий спосіб життя може призводити до формування девіантної поведінки та підвищеного ризику розвитку залежностей у майбутньому.

Залежність порушує емоційний клімат в сім'ї, що проявляється у нестабільності настрою, тривожності, почутті невизначеності та психологічному напруженні, порушенні комунікації між членами родини. Знижується виховний потенціал родини, формується співзалежна поведінка членів сім'ї.

Отже, алкоголізм та наркоманія розбивають сім'ї через сімейні сварки, насильство та емоційну нестабільність в сімейному житті. Лікувати потрібно не лише залежну людину, а й підтримувати родину.

Іншим явищем є соціальна ізоляція, яка полягає у поступовій втраті соціальних зв'язків, скороченні міжособистісних контактів, послабленні соціальної підтримки та відчуженням від суспільства [55].

Втрата соціальних контактів знижує рівень відповідальності і змінює пріоритети. Основними стають пошуки психоактивної речовини і їх прийом. Це становить причину для втрати довіри в колі знайомих, погіршення робочих взаємин, втрати дружніх і сімейних стосунків та дедалі більшого обмеження у соціальній підтримці. В свою чергу, зменшення підтримки з боку соціального оточення посилює, спонукає до фатальності залежності, породжуючи коло замкненості у соціальній ізоляції і дезадаптації [55]. Також соціальна ізолюваність має й психологічні наслідки — самотність, почуття відчуження, занижену самооцінку, розвиток тривожних і депресивних розладів. Обмеження соціальних контактів суттєво ускладнює процес соціальної інтеграції та реабілітації залежної людини й таким чином послаблює дієвість лікування, а також гальмує відновлення повної соціальної функціональності. Соціальна ізоляція може спонукати людину до маргінального способу життя, підвищити ризик безробіття та штовхати її на злочини. [55].

Алкоголізм і наркоманії суттєво впливають на професійну діяльність особи та її здатність до повноцінного функціонування, що проявляється у зниженні продуктивності, порушенні трудової дисципліни та втраті роботи. Вживання психоактивних речовин негативно позначається на увазі, пам'яті, швидкості мислення та здатності до прийняття рішень, що значно знижує ефективність виконання професійних обов'язків. Унаслідок цього спостерігається погіршення якості роботи, зростання кількості помилок, зниження працездатності та професійної відповідальності [106].

Важливу роль у запобіганні розвитку алкогольної залежності відіграють заходи первинної та вторинної профілактики. До них належать інформаційно-

просвітницька діяльність, розширення доступу до послуг лікування та реабілітації, здійснення соціально-педагогічної роботи з сім'ями, а також реалізація ефективної державної політики, спрямованої на обмеження поширення та доступності алкогольних напоїв. І. Лінський з колективом авторів, О. Міньком, Є. Гриневич, В. Бурлакою, О. Сердюком, займається дослідженням профілактики, лікування та реабілітації осіб, залежних від психоактивних речовин, епідеміологічних закономірностей поширення залежностей, представлених, зокрема, у статті «The registered incidence and prevalence of substance use disorders in Ukraine during the era of dramatic changes (1955–2023)» («Зареєстрована захворюваність та поширеність розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин, в Україні в епоху кардинальних змін (1955–2023)») [136]. Дослідники виявили, що розлади, пов'язані з вживанням психоактивних речовин (РПВР), в Україні значно еволюціонували впродовж останніх семи десятиліть під впливом суспільно-політичних та економічних змін, включаючи розпад Радянського Союзу та постійні конфлікти. Це дослідження виявляє дві чіткі хвилі епідемій РПВР — одна пов'язана із вживанням алкоголю, а інша — із вживанням наркотиків, підкреслюючи вирішальну роль історичного контексту у формуванні стратегій громадського здоров'я та розумінні динаміки вживання психоактивних речовин у країні. Отримані дані підкреслюють важливість дослідження тенденцій вживання психоактивних речовин у ширшому історичному, політичному та економічному контекстах для формування ефективних стратегій громадського здоров'я [116]. Впродовж останніх 20 років зниження рівня народжуваності та зменшення частки молоді — групи, найбільш схильної до розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин — частково стримувало поширення цих розладів в Україні. Водночас останні кризові події, зокрема анексія частини території України Російською Федерацією у 2014 р., пандемія COVID-19 та повномасштабна російська військова агресія з 2022 р., значно погіршили демографічну ситуацію та стан громадського здоров'я населення. Оцінити

довготривалі наслідки цих подій для психічного здоров'я та поширеності таких розладів наразі складно, оскільки війна триває [116, 119].

Голубчиков М. В. та Степанова, Т. В. досліджують питання епідеміологічного нагляду, медичної статистики, оцінкою тягаря хвороб. У публікаціях аналізують сучасні підходи та міжнародний досвід подолання епідемій ВІЛ-інфекції та туберкульозу, зокрема у межах політики взаємодії щодо ко-інфекції туберкульоз/ВІЛ. Особливу увагу приділено оцінці ефективності стратегій співпраці у цій сфері та можливостям їх впровадження в Україні для покращення профілактики, діагностики й лікування [27].

1.2 Епідеміологічний нагляд за наркоманіями та алкоголізмом: сутність, завдання, принципи та показники

Згідно з визначенням у Законі України «Про систему громадського здоров'я» епідеміологічний нагляд — це «систематичний та безперервний процес виявлення, збору, аналізу, тлумачення та поширення даних про здоров'я населення, захворювання та показники середовища життєдіяльності, який здійснюється з метою вивчення епідемічної ситуації, її прогнозування, встановлення причинно-наслідкових зв'язків між факторами ризику для здоров'я та наслідками конкретного впливу чи втручання на здоров'я, визначення характеру і масштабів необхідних медико-санітарних заходів, планування, реалізації та оцінки відповідних заходів у сфері громадського здоров'я» [90].

Науковці з України та Канади Самохвалов А, Підкоритов В., Лінський І., Мінько О., Рем Дж. та Попова С. у дослідженнях виявили, що рівень споживання алкоголю та поширення розладів, пов'язаних із його вживанням, в Україні залишається високим впродовж останніх кількох десятиліть. Офіційна статистика поширеності значною мірою залежить від стану наркологічних служб та соціально-економічних факторів. Українські служби, що займаються лікуванням залежностей, ще не оговталися від проблем, з якими країна стикається з 1991 р.. Щоб система охорони здоров'я могла й надалі задовольняти

високий попит на ефективне лікування залежностей, потрібні структурні зміни, краще фінансування та укомплектування персоналом, а також поліпшення інфраструктури [116].

Подолян В. підкреслює, що підліткова наркозалежність в Україні є серйозною проблемою, яка потребує належної уваги та оцінки з боку сучасного суспільства. Своєчасна реакція громадськості на це питання визначає методи його вирішення та шляхи запобігання підлітковій наркозалежності в Україні в майбутньому. У дослідженнях розглядаються питання соціальних та психологічних аспектів підліткової наркозалежності, проблеми відносин у суспільстві та сім'ях, де підлітки починають вживати наркотики. Дослідження охоплює типи та характер внутрішньосімейних відносин, в яких підлітки починають вживати наркотики. Дослідник визначає основні соціальні та психологічні фактори, які штовхають сучасну молодь до вживання наркотиків.

Актуальність тематики визначається небезпекою наркоманії у середовищі підлітків України та недостатньою увагою, яку приділяють батьки вивченню цієї проблеми, а також відсутністю належної уваги до цього питання у більшості українських шкіл [79].

Девід Ослін, психіатр і дослідник залежностей, із групою дослідників застосовував статистичні методи для аналізу клінічних даних лікування алкоголізму. У клінічному дослідженні лікування алкоголізму поширеною змінною відповіді є кількість алкогольних напоїв, спожитих кожним суб'єктом щодня, або порядкова версія цієї відповіді з рівнями, що відповідають утриманню, легкому та сильному вживанню. У цих дослідженнях моделі вживання алкоголю часто характеризуються чергуванням періодів надмірного вживання та утримання. З цієї причини багато статистичних моделей для часових рядів, які передбачають стабільну поведінку з часом і похибки білого шуму, погано узгоджуються з даними про алкоголь. Автори пропонують описувати поведінку суб'єктів щодо вживання алкоголю за допомогою моделей Маркова та прихованих моделей Маркова (НММ), які краще підходять для опису процесів, що здійснюють раптові, а не поступові зміни з часом [131].

Том Чоу та Марія Д'Орсогна розробили математичні моделі розвитку наркотичної залежності, що описують нейробіологічні та поведінкові механізми. Автори показали роль дофамінових реакцій і нейроадаптації, спрогнозували розвиток толерантності та абстиненції, здійснили статистичне оцінювання ризику рецидиву. Дослідники виявили, що повторне вживання наркотиків формує позитивний зворотний зв'язок між нейробіологічними змінами та поведінкою, що веде до розвитку залежності. Також встановили, що понад 60% осіб можуть переживати рецидив протягом р. після лікування [120].

Існують різні види ЕПН за станом здоров'я і благополуччя населення. Їх тлумачення подано у ряді наказів МОЗ України. Активний ЕПН — це процес, за якого працівники установ та закладів системи громадського здоров'я здійснюють пошук підозрілих випадків, подають звіти від мережі епідеміологічного нагляду у разі виникнення надзвичайної ситуації, погіршення епідеміологічної ситуації або для стимулювання звітності про конкретні хвороби або події у сфері громадського здоров'я, а не очікують коли вони настануть. Пасивний ЕПН — це алгоритм, при якому працівники системи громадського здоров'я отримують необхідну інформацію від мережі епідеміологічного нагляду на регулярній основі у вигляді затверджених звітів/повідомлень [83].

ЕПН за наркоманіями та алкоголізмом є складовою системи громадського здоров'я. Це безперервний процес систематичного збору, аналізу, інтерпретації та використання інформації щодо поширеності залежностей, факторів ризику та їх медико-соціальних наслідків. Його основною метою є оцінка стану здоров'я населення, виявлення тенденцій розвитку залежностей та забезпечення інформаційної основи для розробки профілактичних і лікувальних заходів.

Відповідно до сучасних підходів громадського здоров'я, залежності розглядаються як багатофакторні медико-соціальні явища, що потребують комплексного моніторингу з урахуванням біологічних, поведінкових і соціальних чинників.

ЕПН у сфері залежностей включає:

- моніторинг рівня поширеності наркоманій та алкоголізму;

- аналіз факторів ризику та детермінант здоров'я;
- оцінку медичних і соціальних наслідків;
- прогнозування епідеміологічної ситуації;
- оцінку ефективності профілактичних програм [72].

ЕПН за залежностями спрямований на вирішення комплексу наукових, організаційних і практичних завдань у сфері громадського здоров'я.

Основними завданнями ЕПН за залежностями є:

- оцінка рівня захворюваності та поширеності нарко- та алкозалежностей серед населення;
- виявлення груп підвищеного ризику та факторів, що сприяють формуванню залежностей;
- аналіз тенденцій і динаміки поширення психоактивних речовин;
- оцінка медико-соціальних наслідків залежностей;
- моніторинг смертності та ускладнень, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин;
- оцінка ефективності профілактичних і лікувальних заходів;
- інформаційне забезпечення державної політики у сфері громадського здоров'я;
- прогнозування розвитку епідеміологічної ситуації [76, 83].

Реалізація зазначених завдань забезпечує своєчасне реагування системи охорони здоров'я на негативні тенденції у сфері залежностей.

ЕПН за наркоманіями та алкоголізмом базується на загальних принципах епідеміології та громадського здоров'я.

Основними принципами ЕПН за наркоманіями та алкоголізмом є:

- систематичність — безперервність спостереження та регулярність збору інформації;
- комплексність — врахування медичних, соціальних і поведінкових аспектів залежностей;

- достовірність і об'єктивність даних — використання стандартизованих методів збору інформації;
- оперативність — своєчасність отримання та аналізу даних;
- порівнянність показників — можливість міжрегіонального та міжнародного порівняння;
- міжсекторальна взаємодія — співпраця медичних, соціальних та правоохоронних структур;
- превентивна спрямованість — орієнтація на профілактику залежностей;
- конфіденційність інформації — захист персональних даних ситуації [30, 72, 83].

Дотримання зазначених принципів забезпечує ефективність функціонування системи ЕПН за наркоманіями та алкоголізмом..

Для оцінки стану поширення залежностей використовуються комплексні медико-статистичні показники, що характеризують рівень захворюваності, поширеності та наслідків вживання психоактивних речовин та інші [30, 72, 83].

Комплексне використання різних джерел підвищує достовірність оцінки епідеміологічної ситуації.

Моніторинг — це система постійного спостереження за явищами і процесами, що проходять в навколишньому середовищі, суспільстві, з метою виявлення характеру, тенденцій і закономірностей в їх розвитку, результати якого слугують для обґрунтування управлінських рішень із забезпечення безпеки людей та об'єктів/суб'єктів [53].

Моніторинг залежностей — це систематичний збір даних про вживання психоактивних речовин, поширеність розладів поведінки, пов'язані смертність, інфекції та злочинність для оцінки ситуації та розробки профілактичних заходів. Він охоплює дослідження серед підлітків (15–16 років) та дорослих (15–64 роки), виявляючи як фізичні, так і психологічні ознаки [30, 72].

Основні напрямки моніторингу в Україні зосереджені на аналізі поширеності вживання алкоголю, наркотиків та нових психоактивних речовин;

зверненнями за лікуванням, смертністю від передозувань, рівнем інфекційних захворювань (ВІЛ, гепатити) серед споживачів ін'єкційних наркотиків; моніторингом незаконного обігу психоактивних речовин та пов'язаної з цим злочинності; соціальній реінтеграція залежних та профілактичних заходах. Моніторинг базується на опитуваннях, медичній статистиці.

Ці напрями зумовлюють структуру моніторингу. Вона формується з блоків, зображених на рис. 1.1



Рис. 1.1 – Схема моніторингу [10]

Прогнозування в епідеміології базується на детальному знанні закономірностей захворюваності та використанні точних математичних розрахунків, при цьому сам напрям прогнозу безпосередньо формує структуру мережі спостереження через систему зворотного зв'язку. Головним фундаментом для створення системи моніторингу виступають показники захворюваності, а сама мережа будується на принципах системності та комплексного підходу. Для забезпечення точності даних усі дослідження проводяться за єдиними уніфікованими методами та стандартами звітності. Весь процес організації моніторингу, від збору до аналізу інформації, розглядається як безперервний ланцюжок взаємопов'язаних кроків, що починається з визначення потреби в конкретних даних і завершується практичним використанням отриманого інформаційного продукту для прийняття рішень.

Цикли моніторингу мають такий вигляд:

спостереження → оцінка стану → прогноз → управління.

Послідовне виконання всього циклу моніторингу має визначатися і плануватися, враховуючи інформаційні потреби та специфіку наявної ситуації [53].

ЕПН за наркоманіями та алкоголізмом є ключовим інструментом оцінки стану громадського здоров'я та управління ризиками, пов'язаними з поширенням залежностей. Його ефективність забезпечується системністю спостереження, використанням стандартизованих показників, міжсекторальною взаємодією та орієнтацією на профілактику. Результати епідеміологічного нагляду використовуються для формування державної політики, планування профілактичних програм та підвищення ефективності медичної допомоги.

1.3 Нормативно-правове забезпечення епідеміологічного нагляду та моніторингу залежностей в Україні

ЕПН та моніторинг нарко- і алкозалежностей в Україні здійснюється на основі нормативно-правових актів у сфері громадського здоров'я, охорони здоров'я, протидії незаконному обігу наркотичних речовин та профілактики шкідливого вживання алкоголю. Нормативне регулювання спрямоване на забезпечення систематичного збору, аналізу та оцінки даних щодо поширеності залежностей, їх медичних і соціальних наслідків, а також формування державної політики у сфері профілактики та лікування.

Нормативно-правова база включає Конституцію України, закони України, постанови Кабінету Міністрів України, накази Міністерства охорони здоров'я України та міжнародні зобов'язання держави у сфері контролю за психоактивними речовинами.

Основні принципи державного регулювання:

- забезпечення охорони здоров'я населення;
- профілактична спрямованість державної політики;
- міжвідомча координація;
- системність епідеміологічного нагляду;

– відповідність міжнародним стандартам [40].

Відповідно до ст. 49. Конституції України «кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм. Держава дбає про розвиток фізичної культури і спорту, забезпечує санітарно-епідемічне благополуччя» [40, 78].

У ст. 53 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19 листопада 1992 р. № 2801-ХІІ зі змінами зазначено, що «з метою охорони здоров'я населення органи і заклади охорони здоров'я зобов'язані здійснювати спеціальні заходи профілактики та лікування соціально небезпечних захворювань (туберкульоз, психічні, венеричні захворювання, СНІД, лепра, хронічний алкоголізм, наркоманія), а також карантинних захворювань. Порядок здійснення госпіталізації та лікування таких хворих, у тому числі і у примусовому порядку, встановлюється законодавчими актами України» [73].

Ключовим нормативним актом, що регулює державну політику у сфері обігу наркотичних речовин та моніторингу наркозалежності, є Закон України «Про наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори». Він визначає правові основи державного контролю за обігом наркотичних засобів, порядок здійснення державного нагляду, систему державного контролю та моніторингу [88].

Важливе значення має також Закон України «Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними», який визначає організаційні засади профілактики наркоманії, систему державного контролю та міжвідомчу взаємодію у сфері боротьби з наркотичною залежністю [87].

Уряд запровадив державну систему моніторингу наркотичної та алкогольної ситуації в Україні. Постановою Кабінету Міністрів (ПКМ)

затверджено відповідний Порядок моніторингу та визначено перелік установ, відповідальних за збір і передачу даних про обіг психоактивних речовин [78].

Ця ініціатива спрямована на посилення боротьби з наркозлочинністю, а також на вдосконалення програм профілактики, лікування та соціальної адаптації осіб із залежністю. Моніторинг алкогольної залежності (МАЗ) здійснюється в межах державної політики щодо обмеження шкідливого впливу алкоголю та регулювання його обігу [78].

Основним нормативним актом є Закон України «Про державне регулювання виробництва і обігу спирту етилового, спиртових дистилятів, алкогольних напоїв, тютюнових виробів та пального». Закон встановлює державний контроль за виробництвом і реалізацією алкогольної продукції, обмеження доступності алкоголю, механізми профілактики шкідливого вживання, регуляторні заходи щодо зниження негативного впливу алкоголю на здоров'я населення [81]. Нормативне регулювання у цій сфері спрямоване на зменшення рівня алкогольної залежності та її медико-соціальних наслідків.

Важливу роль у моніторингу залежностей відіграє система громадського здоров'я України, яка забезпечує епідеміологічний нагляд за факторами ризику та неінфекційними захворюваннями, включаючи залежності. Відповідно до Закону України «Про систему громадського здоров'я» ЕПН включає систематичний збір і аналіз медико-статистичних даних, моніторинг факторів ризику для здоров'я, оцінку поширеності залежностей, прогнозування стану здоров'я населення, розробку профілактичних заходів [90].

Реалізацію функцій ЕПН здійснюють Міністерство охорони здоров'я України (МОЗ), Центр громадського здоров'я МОЗ України (ЦГЗ) та інші уповноважені органи.

Моніторинг нарко- та алкозалежностей здійснюється через систему медичної статистики та державної звітності у сфері охорони здоров'я. Вона передбачає облік випадків залежності у закладах охорони здоров'я, реєстрацію звернень за лікуванням, аналіз захворюваності та поширеності залежностей,

оцінку смертності, пов'язаної з вживанням психоактивних речовин, формування державної статистичної звітності.

Порядок ведення медичної документації та статистичного обліку визначається нормативними актами МОЗ України.

Україна є стороною міжнародних конвенцій ООН у сфері контролю наркотичних засобів, що визначають стандарти моніторингу та державного контролю:

- Єдина конвенція про наркотичні засоби 1961 р.;
- Конвенція про психотропні речовини 1971 р.;
- Конвенція ООН проти незаконного обігу наркотичних засобів 1988 р. [42].

Участь у міжнародних договорах сприяє гармонізації національного законодавства з міжнародними стандартами та розвитку системи моніторингу залежностей.

У серпні 2025 р. було схвалено Стратегію наркополітики (СН) на період до 2030 р. та затвердження операційного плану заходів з її реалізації у 2025-2027 роках. У СН зазначено, що вживання наркотичних засобів і психотропних речовин поза медичними показаннями становить серйозну загрозу для громадського здоров'я, соціального благополуччя населення, економічної стабільності та національної безпеки держави. Така практика сприяє погіршенню криміногенної ситуації, залученню осіб до незаконної діяльності, пов'язаної з виробництвом і розповсюдженням наркотичних речовин, а також зумовлює зростання державних витрат на систему кримінального судочинства, охорону здоров'я та утримання осіб у місцях позбавлення волі [92].

Зловживання наркотичними засобами та психотропними речовинами призводить не лише до формування залежності та підвищення ризику летальних випадків унаслідок передозування, але й асоціюється зі збільшенням ймовірності інфікування ВІЛ, туберкульозом і вірусними гепатитами В і С. Крім того, воно створює передумови для виникнення аварійних ситуацій, травматизму, нещасних випадків, проявів насильства та суїцидальної поведінки. У сукупності

ці чинники зумовлюють втрату працездатності, суттєве зниження якості життя та скорочення його тривалості.

Упродовж 2025–2030 років ключовими проблемами, що потребують вирішення, визначено недостатню сформованість стабільної та ефективної системи науково обґрунтованих заходів, спрямованих на забезпечення верховенства права та дотримання прав і свобод людини. Важливим завданням також є зменшення попиту на наркотичні засоби, обмеження їх незаконного обігу та мінімізація негативних наслідків їх уживання при одночасному забезпеченні доступності таких речовин для медичних і наукових потреб. Окремої уваги потребує трансформація підходів до осіб, які вживають наркотичні речовини, із переорієнтацією від каральних заходів до соціально-виховних, медичних, психосоціальних і профілактичних стратегій [92].

До 2030 р. передбачається вирішення зазначених проблем шляхом реалізації комплексної реформи державної наркополітики, розширення доступу осіб із наркотичною залежністю до медичних і соціальних послуг, формування толерантного суспільного ставлення до цієї категорії населення, а також підвищення рівня поінформованості суспільства щодо розладів психіки та поведінки, пов'язаних із уживанням психоактивних речовин [92].

Одним із ключових аспектів подолання поширення психічних та поведінкових розладів внаслідок вживання наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів є забезпечення максимального зосередження на лікуванні з проведенням необхідної соціально-виховної роботи.

Стратегічні цілі розподілені відповідно до основних векторів реалізації СН. Стратегічна ціль № 5 звучить так: «управління даними, епідеміологічний нагляд щодо ситуації, пов'язаної із вживанням наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів, моніторинг та оцінка здійснення національних заходів з реалізації наркополітики». [92].

Операційні цілі визначають проміжні кроки та напрями діяльності, сукупність та взаємопов'язаність яких є інструментами досягнення стратегічних цілей.

Суттєвим завданням є також проведення національної оцінки потреб населення у паліативній допомозі та визначення необхідного обсягу наркотичних лікарських засобів, які використовуються передусім для знеболення та покращення якості життя пацієнтів. Паралельно передбачається здійснення моделювання можливих наслідків уживання наркотичних засобів і психотропних речовин не за медичним призначенням та формування економічних прогнозів щодо їх впливу на систему охорони здоров'я і економіку держави. Отримані результати мають використовуватися для обґрунтування необхідних інвестицій, планування ресурсів і формування ефективної державної політики у відповідній сфері.

Одним із пріоритетних напрямів державної наркополітики визначено вдосконалення системи управління даними та епідеміологічного нагляду за ситуацією, пов'язаною з уживанням наркотичних засобів, психотропних речовин та їх аналогів, а також здійснення систематичного моніторингу й оцінювання ефективності реалізації національних заходів у цій сфері. Реалізація цього стратегічного напрямку передбачає формування комплексної інформаційної системи, здатної забезпечити своєчасне отримання, аналіз і використання достовірних даних для прийняття управлінських рішень щодо впровадження найбільш ефективних підходів державної політики у сфері протидії поширенню наркотичних засобів.

Досягнення визначеної стратегічної мети передбачає насамперед посилення системи моніторингу та вдосконалення механізмів управління інформаційними ресурсами, що використовуються для оцінки поточної ситуації щодо вживання психоактивних речовин, прогнозування її розвитку та визначення пріоритетних напрямів державного реагування. Особлива увага приділяється створенню науково обґрунтованої інформаційної бази, яка сприятиме підвищенню ефективності управлінських рішень у сфері формування та реалізації наркополітики.

Нормативно-правове забезпечення ЕН та моніторингу залежностей в Україні характеризується комплексністю та багаторівневістю регулювання.

Законодавча база визначає механізми державного контролю за обігом психоактивних речовин, систему медико-статистичного обліку, організацію епідеміологічного нагляду та профілактичні заходи у сфері громадського здоров'я. Водночас подальший розвиток нормативної бази потребує удосконалення системи моніторингу відповідно до міжнародних стандартів та інтеграції сучасних підходів до оцінки факторів ризику.

1.4 Міжнародний досвід моніторингу залежностей (ВООЗ, ЄС)

Міжнародний досвід моніторингу залежностей свідчить про важливість системного та стандартизованого підходу до оцінки поширеності вживання психоактивних речовин і пов'язаних із цим ризиків. Особливу увагу в цьому контексті привертають методологічні підходи, розроблені ВООЗ та структурами Європейського Союзу (ЄС), які використовуються як орієнтир у багатьох країнах світу.

Серед зарубіжних учених важливе місце займає Дж Рем, який досліджував глобальний тягар хвороб, пов'язаних із вживанням алкоголю, та методи оцінки його впливу на здоров'я населення. Вживання алкоголю було визначено в основних ініціативах ООН, таких як ЦСР та План дій щодо неінфекційних захворювань, як основний фактор глобального тягара хвороб. Як наслідок, рівень споживання алкоголю є офіційним показником прогресу в досягненні цих цілей. Враховуючи поточні тенденції, цілі ООН щодо зменшення споживання алкоголю навряд чи будуть досягнуті. Крім того, у багатьох країнах, особливо в країнах з низьким і середнім рівнем доходу, тягар хвороб, пов'язаних з алкоголем, продовжує зростати. Для створення більш ефективних і нормативно обґрунтованих інструментів, зокрема міжнародних угод, необхідно посилити вплив на національних та міжнародних суб'єктів, які ухвалюють рішення [134].

У сучасній науковій літературі значна увага приділяється використанню математичних, статистичних та поведінкових моделей для аналізу алкогольної та наркотичної залежності. Такі підходи дозволяють прогнозувати перебіг

залежності, оцінювати ефективність лікування та моделювати ризики рецидиву. Серед дослідників, які зробили вагомий внесок у цей напрям, виділяють С. Мейстро, Д. Ослін, Т. Чоу, М. Д'Орсогна. Таким чином, сучасні наукові дослідження демонструють міждисциплінарний характер вивчення наркоманій та алкоголізму, поєднуючи клінічні, соціальні, епідеміологічні та математичні підходи до моніторингу та прогнозування поширення залежностей. С. Мейстро — американський дослідник алкогольної залежності, який застосовував клініко-статистичні методи для аналізу поведінки осіб із алкогольними розладами. Його роботи довели, що рання ремісія є важливим предиктором довгострокового результату лікування алкогольної залежності [131, 133, 122].

Європейський звіт про наркотики 2025: тенденції та розвиток (European Drug Report 2025: Trends and Developments) демонструє останній аналіз EUDA щодо ситуації з наркотиками в Європі. Звіт, присвячений вживанню незаконних наркотиків, пов'язаній шкоді та постачанню наркотиків, містить набір національних даних за цими темами, а також інформацію про спеціалізоване лікування наркозалежності та ключових заходів щодо зменшення шкоди [124]. За даними Європейського агентства з наркотиків (EUDA), сучасна наркоситуація в Європі характеризується високою доступністю психоактивних речовин, зростанням їх різноманітності, підвищенням потужності синтетичних препаратів та ускладненням структури наркотичного ринку. Наркотичний ринок демонструє високу адаптивність до глобалізаційних процесів, технологічних змін і геополітичної нестабільності, що створює нові виклики для системи громадського здоров'я та безпеки.

У звіті підкреслюється, що у Європі спостерігається розширення асортименту наркотичних речовин, підвищення їх чистоти та потенції, що створює нові ризики для громадського здоров'я та систем охорони здоров'я. Одночасно поширюється практика змішування різних психоактивних речовин або їх неправильного маркування, що підвищує ризик передозувань і токсичних уражень.

Важливою тенденцією є також поява нових синтетичних опіоїдів високої активності, що становлять серйозну загрозу через високий ризик летальних випадків.

Статистичний аналіз даних звіту свідчить про стабільно високий рівень поширення наркотичних речовин у Європі.

Основні статистичні тенденції:

Висока доступність усіх типів наркотиків — пропозиція залишається стабільною попри заходи контролю.

Зростання вилучень кокаїну — показники конфіскації збільшуються щороку. Рекордні обсяги вилучень:

13 тонн кокаїну вилучено в Іспанії (2024 р.).

43 тонни кокаїну вилучено у Німеччині (2023 р.), що вдвічі більше ніж у 2022 р.

Зростання виробництва синтетичних наркотиків у Європі (амфетаміни, MDMA, катинони).

Розширення асортименту продуктів канабісу (олії, екстракти, харчові продукти, вейп-продукція) [124].

Отже, статистичні показники свідчать про посилення пропозиції наркотиків та збільшення масштабів незаконного обігу, що ускладнює епідеміологічний контроль і профілактику залежностей.

Відбулася трансформація структури наркотичного ринку, змінилися механізми виробництва та розповсюдження. Поміж ключових тенденцій можна виокремити:

- використання міжнародних торговельних і транспортних мереж для контрабанди наркотиків, проникнення організованих злочинних груп у логістичні ланцюги;
- активне використання онлайн-платформ, соціальних мереж та darknet для продажу наркотиків що забезпечує анонімність і спрощує доступ до психоактивних речовин;
- використання криптовалют для забезпечення анонімності операцій;

- залучення молоді до наркоторгівлі [124].

Цифровізація наркотичного ринку значно підвищує доступність психоактивних речовин та знижує бар'єри їх поширення.

Особливу загрозу становить поширення синтетичних опіоїдів, що можуть спричиняти швидке зростання смертності від передозування. Вони є токсичними, їх складно виявити, вони швидко поширюються на ринку, а споживачі недостатньою поінформовані про наслідки.

Зростання виробництва синтетичних стимуляторів у Європі також створює ризик швидкого поширення нових моделей споживання .

Поширення наркотиків має комплексний вплив на суспільство та систему громадського здоров'я. У звіті наголошується, що наркотична залежність пов'язана з рядом соціальних проблем, зокрема бездомністю, психічними розладами, злочинністю серед молоді та значними економічними витратами для систем охорони здоров'я [124].

Крім безпосередніх медичних наслідків, наркозалежність спричиняє зростання соціальної напруженості, погіршення громадської безпеки та підвищення навантаження на державні інституції.

Таким чином, проблема наркоманій має комплексний медико-соціальний характер і виходить за межі сфери охорони здоров'я. Ці процеси свідчать про необхідність посилення епідеміологічного моніторингу, розвитку систем раннього попередження, удосконалення профілактичних програм та інтеграції медичних і соціальних заходів у сфері громадського здоров'я.

Європейський Союз посилює системи моніторингу та реагування на наркотичні загрози. Основними напрямками політики є:

- розвиток систем раннього попередження щодо нових психоактивних речовин;
- удосконалення лабораторного контролю якості та складу наркотиків;
- впровадження програм зменшення шкоди та лікування залежності;

- посилення міжнародної співпраці у сфері боротьби з наркоторгівлею.

Ці заходи спрямовані на підвищення готовності держав до нових загроз та формування доказової політики у сфері громадського здоров'я [125].

ВООЗ також здійснює глобальний моніторинг споживання алкоголю та пов'язаних із ним медико-соціальних наслідків через систему ЕН, що включає стандартизовані показники поширеності, захворюваності та смертності.

Основними інструментами моніторингу є Global Information System on Alcohol and Health (GISAH) — глобальна інформаційна система щодо алкоголю та здоров'я [127]. Тут є Global status report on alcohol and health — регулярні звіти про світові тенденції споживання алкоголю, оцінка рівня споживання чистого алкоголю на душу населення, аналіз алкоголь-асоційованої смертності та захворюваності, моніторинг факторів ризику та поведінкових моделей населення[128].

ВООЗ оцінює такі ключові показники, як рівень загального споживання алкоголю на душу населення, поширеність шкідливого та ризикованого вживання алкоголю, рівень алкогольної залежності, частку захворювань і смертності, пов'язаних із алкоголем, ефективність державної алкогольної політики.

Важливим напрямом діяльності ВООЗ є впровадження Global strategy to reduce the harmful use of alcohol, яка передбачає розвиток систем моніторингу, оцінку ефективності профілактичних заходів та підтримку держав у формуванні політики контролю алкоголю [129]. Баченням, що лежить в основі глобальної стратегії, є покращення здоров'я та соціальних наслідків для окремих осіб, сімей і громад, зі значним зменшенням захворюваності та смертності, спричинених шкідливим вживанням алкоголю та його соціальними наслідками. Передбачається, що глобальна стратегія сприятиме та підтримуватиме місцеві, регіональні та глобальні дії для запобігання та зменшення шкідливого вживання алкоголю.

Міжнародний досвід ВООЗ демонструє, що систематичний моніторинг дозволяє виявляти регіональні особливості споживання алкоголю, визначати групи підвищеного ризику та формувати ефективні профілактичні програми.

У ЄС функціонує комплексна система моніторингу наркотичної ситуації, яку координує Європейське агентство з наркотиків (EUDA, колишнє EMCDDA). Основною метою діяльності агентства є забезпечення ЄС та держав-членів об'єктивною інформацією про наркотичну ситуацію, тенденції споживання та ефективність політики протидії наркотикам [125].

Моніторинг наркотичної ситуації здійснюється через мережу «Reitox», що об'єднує національні інформаційні центри держав ЄС і забезпечує стандартизований збір даних. Дані, отримані через мережу «Reitox», використовують для підготовки національних звітів, надання даних до інформаційної системи із зниження попиту, оновлення, відповідно до даних національних вузлів, «інформаційних карт». Одним з основних завдань є участь у роботі системи «раннього попередження» щодо синтетичних наркотиків, координація роботи національних вузлів та імплементація розроблених в рамках ЄС п'яти епідеміологічних індикаторів. Додаткові задачі включають аналіз інформації про зниження шкоди від вживання наркотиків, запобігання наркоманії серед молоді, лікування наркозалежності, злочинність, пов'язана із наркотиками, у тому числі відмивання грошей та торгівля прекурсорами, зниження попиту на наркотики, розповсюдження позитивного досвіду та участь у відповідних програмах з розширення ЄС. Для України крайня із цих додаткових задач має особливе значення [29].

Основні індикатори моніторингу EUDA:

- поширеність уживання наркотиків серед населення;
- проблемне вживання наркотиків;
- звернення за лікуванням наркотичної залежності;
- смертність, пов'язана з наркотиками;
- поширеність інфекційних захворювань серед споживачів ін'єкційних наркотиків (ВІЛ, гепатити);

- доступність і чистота наркотичних речовин;
- нові психоактивні речовини [125].

Європейська система також включає:

- Early Warning System (EWS) — систему раннього попередження про нові психоактивні речовини;
- моніторинг наркотичного ринку та незаконного обігу;
- аналіз соціальних і криміногенних наслідків наркоспоживання;
- регулярні звіти про наркотичну ситуацію в Європі [125].

Особливістю європейського підходу є інтеграція медичних, соціальних і кримінологічних показників, що забезпечує комплексну оцінку проблеми наркотичної залежності.

Аналіз міжнародного досвіду дозволяє виділити спільні та відмінні риси систем моніторингу. Спільні характеристики: стандартизований збір і аналіз даних, регулярний ЕПН, орієнтація на профілактику залежностей, використання доказової бази для формування політики, міжсекторальна взаємодія.

Відмінності підходів полягають у тому, що ВООЗ здійснює глобальний моніторинг та формує загальні рекомендації, а ЄС реалізує регіональну систему з більш деталізованими індикаторами. Європейська модель характеризується високим рівнем інтеграції даних про наркотичний ринок і кримінальні аспекти.

Міжнародний досвід моніторингу залежностей демонструє ефективність комплексного підходу до епідеміологічного нагляду, що включає оцінку поведінкових факторів, медичних наслідків та соціальних ризиків. Використання міжнародних стандартів сприяє підвищенню якості національних систем моніторингу, покращенню профілактики залежностей та оптимізації політики у сфері громадського здоров'я.

Імплементація підходів ВООЗ та ЄС дозволяє забезпечити раннє виявлення загроз, підвищити ефективність лікування залежностей та зменшити соціально-економічні наслідки поширення психоактивних речовин.

Висновки до Розділу 1

У першому розділі кваліфікаційної роботи на здобуття ступеня магістра здійснили теоретичний аналіз проблеми алкоголізму та наркоманії як складних медико-соціальних явищ, що впливають на стан громадського здоров'я та соціальну стабільність суспільства. Провели огляд наукових джерел із досліджуваної тематики. Він засвідчує, що залежності від психоактивних речовин формуються під впливом комплексу біологічних, психологічних і соціальних чинників та характеризуються хронічним перебігом, високим рівнем рецидивів і тяжкими наслідками для особистості та соціуму.

Проаналізували медичні аспекти алкоголізму та наркоманій. Вони засвідчили про їх тісний зв'язок із розвитком психічних розладів, ураженням центральної нервової системи, серцево-судинної системи, печінки, а також із підвищеним ризиком інфекційних і онкологічних захворювань. Особливу медико-соціальну небезпеку становить ін'єкційне вживання наркотиків, яке є одним із головних факторів поширення ВІЛ-інфекції, вірусних гепатитів В і С та супутніх інфекцій, які значно ускладнюють перебіг захворювань і погіршують прогноз для пацієнтів.

Соціальні наслідки алкоголізму та наркоманій проявляються у руйнуванні сімейних відносин, зростанні рівня домашнього насильства, соціальної ізоляції, зниженню професійних компетентностей, безробіттю, маргіналізації та криміналізації поведінки. Залежність негативно впливає на виконання сімейних і професійних ролей, знижує рівень соціальної відповідальності. Особливо вразливими є діти з сімей, у яких наявна залежність.

Аналіз психологічних підходів до пояснення формування алкогольної та наркотичної залежності засвідчує відсутність універсальної теорії, що зумовлює необхідність міждисциплінарного підходу до їх вивчення та лікування. Ефективна допомога особам із залежністю потребує поєднання медичних, психотерапевтичних і соціально-реабілітаційних заходів, орієнтованих на

індивідуальні особливості пацієнта, рівень його мотивації та соціального оточення.

Вивчення міжнародного досвіду, зокрема підходів ВООЗ та Європейського Союзу, продемонструвало ефективність системного епідеміологічного моніторингу залежностей, що ґрунтується на стандартизованих індикаторах, регулярному зборі та аналізі даних, а також інтеграції медичних, соціальних і поведінкових показників. Міжнародні моделі моніторингу дозволяють своєчасно виявляти нові загрози, оцінювати динаміку поширення залежностей і формувати доказову політику у сфері громадського здоров'я.

Отже, алкоголізм і наркоманії є багатовимірними медико-соціальними проблемами, що потребують комплексного підходу до профілактики, лікування та реабілітації. Теоретичний аналіз проблеми створює наукове підґрунтя для подальшого дослідження, обґрунтування практичних заходів і розробки ефективних стратегій профілактики залежностей, адаптованих до сучасних соціально-економічних умов України.

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ ПОКАЗНИКІВ ЗАХВОРЮВАНOSTІ НАРКОМАНІЯМИ І АЛКОГОЛІЗМОМ В УКРАЇНІ ТА В РІВНЕНСЬКІЙ ОБЛАСТІ ЗА 2015– 2024 РОКИ

2.1. Аналіз показників захворюваності на наркоманії та алкоголізм в Україні

Україна належить до країн із високим рівнем поширеності ВІЛ-інфекції, вірусних гепатитів В і С та туберкульозу, зокрема серед ЛВНІ. Державна політика протидії цим захворюванням реалізується відповідно до національної стратегії до 2030 р., що узгоджується з глобальними цілями, зокрема стратегією «95–95–95» щодо ВІЛ та програмами елімінації вірусних гепатитів і подолання туберкульозу. В Україні запроваджено нормативно визначені алгоритми діагностики, тестування та систему моніторингу ефективності профілактичних заходів. ЛВНІ підлягають регулярному тестуванню на ВІЛ, вірусні гепатити, туберкульоз та інфекції, що передаються статевим шляхом.

ЛВНІ мають підвищений ризик інфікування ВІЛ, вірусними гепатитами В і С через використання спільних шприців, що призводить до тяжких наслідків для здоров'я. Дані щодо поширеності цих інфекцій серед ЛВНІ отримують у межах рутинної звітності про тестування та лікування, а також інтегрованих біоповедінкових досліджень, які проводяться кожні три роки [58].

Державна установа «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України» (ДУ «ЦГЗ МОЗ України») готує щорічний звіт за узагальненими даним попереднього р. про стан алкогольної та наркотичної ситуації в країні. Деякі дані за останні роки є неповні, оскільки запровадили воєнний стан Указом Президента України та у зв'язку з активними бойовими діями в частині регіонів України [60]. Є обмежений доступ до відповідних

ресурсів на цих територіях, окремі суб'єкти моніторингу не мають можливості здійснювати свої повноваження в повному обсязі, тому надати всю необхідну вичерпну інформацію неможливо.

У Звіті щодо наркотичної та алкогольної ситуації в Україні за 2025 рік (за даними 2024 р.) зазначено, що у 2024 р. загальнопопуляційне дослідження щодо вживання психоактивних речовин (ПАР) серед населення не проводилося [60]. Водночас для оцінки поширеності вживання ПАР були використані такі дослідження:

- Європейське веб-опитування щодо наркотиків (2024);
- опитування в межах проєкту Drugstore, реалізованого «Альянсом громадського здоров'я»;
- інтегроване біоповедінкове дослідження серед людей, які вживають наркотики ін'єкційним шляхом (IBBS);
- Європейське опитування учнів щодо вживання алкоголю та інших наркотичних речовин (ESPAD) [60].

Європейське веб-опитування щодо наркотиків (2024)(EMCOOA) охопило осіб віком від 18 років, які вживають наркотики, щоб дослідити їх поведінку, вподобання та нові тренди. Участь взяли представники 21 країни ЄС та 9 інших країн, зокрема України. Дослідженням були охоплені 1149 респондентів як з України, так і тих, хто тимчасово проживає за кордоном через війну (8,4%) взяли у ньому [60].

П'ятьма найпоширенішими забороненими речовинами серед споживачів наркотиків у 2024 р. були: канабіс — 72,5%, екстазі/ MDMA — 36,7%, психоактивні гриби — 28,1%, амфетамін — 26,6% та кокаїн — 18,7%. Мотивація до вживання цих речовин відрізнялася: канабіс найчастіше використовують для зменшення стресу та покращення емоційного стану, стимулятори — з метою підвищення працездатності й активізації соціальної взаємодії, НПП і кетамін — переважно з цікавості [60].

Вперше таке опитування проводилося у 2021 р., тому ми можемо порівняти результати за ці роки (таб. 2.1).

Таблиця 2.1

Частки осіб, серед тих, які повідомили про вживання будь-якої ПАР, що вживали певні ПАР за останні 12 місяців за даними 2021 та 2024 р. (%)

Назва ПАР	2021	2024
Канабіс	93,0	77,2
Алкоголь	92,0	91,9
Тютюн	89,0	84,5
MDMA /екстазі	59,0	36,7
Амфетамін	51,0	26,6
Нові ПАР	37,0	18,5
ЛСД	36,0	16,6
Кокаїн	21,0	18,7
Метамфетамін	20,0	8,3
Інші види опіоїдів (крім героїну)	15,0	4,2
Кетамін	14,0	15,7
Героїн	4,0	0,9

Результати дослідження свідчать про істотне зменшення поширеності вживання заборонених речовин у порівнянні з 2021 роком, насамперед героїну, інших опіоїдів, метамфетаміну, галюциногенів і синтетичних канабіноїдів. Найбільш значні зміни спостерігалися серед опіоїдних споживачів, чисельність яких у вибірці істотно скоротилася, що, ймовірно, зумовлено воєнними умовами та обмеженнями у проведенні досліджень [60].

Дані підтверджують наявність сталої практики одночасного вживання кількох психоактивних речовин серед різних груп споживачів, незалежно від основної наркотичної речовини (рис. 2.1)

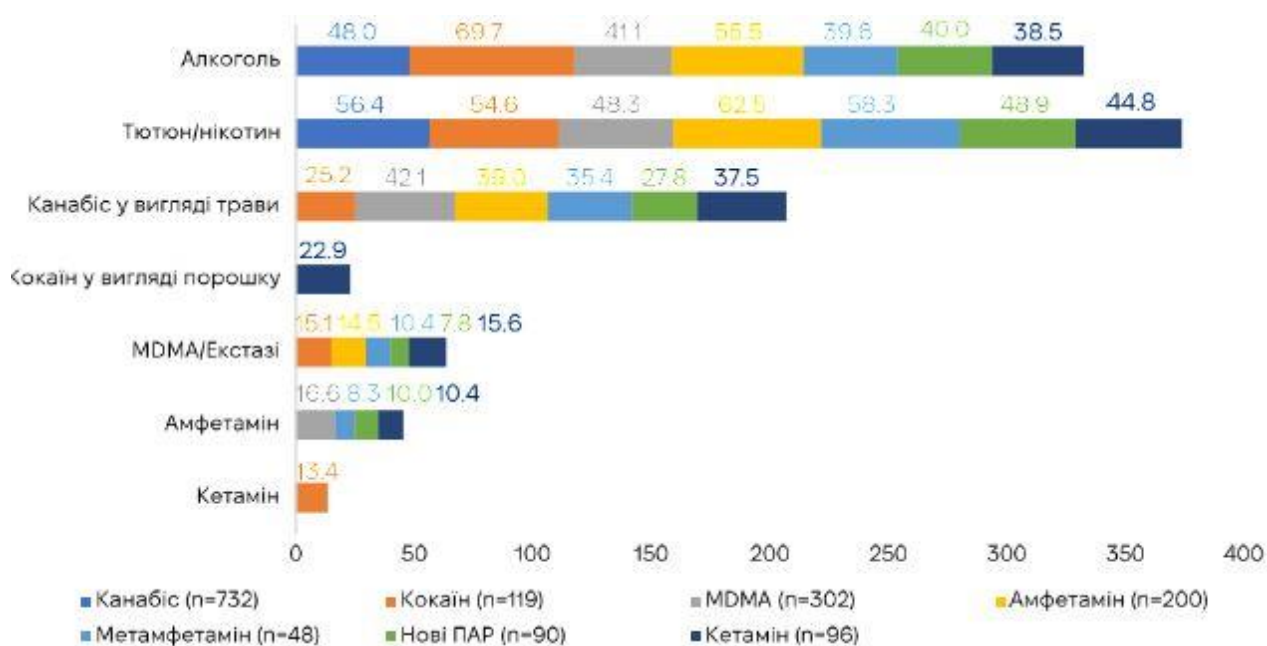


Рис. 2.1– Дані одночасного вживання кількох психоактивних речовин серед різних груп споживачів, незалежно від основної наркотичної речовини [60].

Інтегровані біоповедінкові дослідження (ІБПД) серед ключових груп населення є одним із ключових інструментів оцінки епідеміологічної ситуації щодо ВІЛ, оскільки забезпечують отримання даних, які не можуть бути повною мірою зафіксовані в межах рутинного ЕПН. ІБПД дозволяють визначати рівень поширеності ВІЛ-інфекції, ідентифікувати поведінкові чинники ризику, оцінювати ефективність профілактичних програм, а також формувати національну та міжнародну звітність, зокрема для UNAIDS [60].

В Україні проведення ІБПД серед ЛВНІ, здійснюється з 2007 р. З 2018 р. координацію цих досліджень забезпечує Центр громадського здоров'я МОЗ України. Останній раунд дослідження реалізували у 2023 р. [58, 60].

Результати ІБПД 2023 р. свідчать, що серед ЛВНІ найпоширенішими залишаються синтетичні опіоїди, що вказує на сталість структури споживання ін'єкційних наркотиків та збереження високих епідеміологічних ризиків щодо передачі ВІЛ (рис. 2.2).

На рис. 2.2 показано наркотичні речовини, які вживались ін'єкційним шляхом протягом останніх 12 місяців і 30 днів, у загальній вибірці (%) [60].



Рис. 2.2 – Наркотичні речовини, які вживались ін'єкційним шляхом протягом останніх 12 місяців і 30 днів, у загальній вибірці (%) [60].

На сьогодні Україна не має повного обсягу зведеної інформації з поширеності вживання наркотичних речовин серед населення у віковій групі 15–64 років, оскільки такі дослідження не проводяться. Однак деякі кроки для вивчення поширеності вживання наркотиків здійснюються. Так, в Україні з 1995 р. регулярно проводять опитування учнівської молоді в рамках міжнародного проєкту «Європейське опитування учнів щодо вживання алкоголю та інших наркотичних речовин – ESPAD».

Опитування, проведене в Україні у 2024 р., охопило 300 навчальних закладів та репрезентує підлітків віком 14–17 років, які здобувають освіту в закладах загальної середньої освіти (9–11 класи), професійно-технічної освіти та закладах фахової передвищої освіти. Загальна вибірка становила 8 819 респондентів: 4 074 юнаків і 4 745 дівчат, із територій, підконтрольних Україні (20 областей та м. Київ).

Результати дослідження представлені у таблиці 2.2

Таблиця 2.2

Поширеність вживання будь-яких наркотичних речовин серед підлітків віком 15–16 років протягом життя, за статтю у 2015 р, 2019 р. та 2024 р. (%) [60].

	2015 р.	2019 р.	2024 р
Дівчата	7,3%	7,6%	10,4%
Хлопці	14,4%	10,4%	20,2%
Серед усіх	10,4%	9,0%	14,9%

З даних у таблиці 2.2 видно, що рівень вживання психоактивних речовин серед хлопців знизився у 2019 р. до 10,4% порівняно з 2015 р. (4,4%), та зріс у 1,9 рази у 2024 р. до 20,2%, а серед дівчат спостерігається тенденція до збільшення вживання з 7,3% у 2015 р. до 10,4% у 2024 р. Проте серед дівчат поширення вживання ПАР у 2024 р. було в 1,9 рази нижче, ніж серед хлопців.

За результатами дослідження 2024 р. рівень поширеності полівживання (двох і більше ПАР) серед підлітків становив 6,9%, зокрема серед юнаків — 9,8%, серед дівчат — 4,5%. Для порівняння, у 2019 р. цей показник дорівнював 4,2%. Після періоду зниження, що спостерігався у 2007–2019 роках, у 2024 р. зафіксовано повторне зростання рівня комбінованого вживання ПАР.

Відповідно до представлених даних підвищення поширеності полівживання зумовлене насамперед збільшенням випадків уживання канабісу, транквілізаторів та інших наркотичних речовин. Водночас рівень зловживання алкогольними напоями залишився відносно стабільним (таб. 2.3).

Таблиця 2.3

Вживання окремих ПАР та полівживання за період 2019–2024 рр. (%) [60].

	2019 рік	2024 рік
Куріння	6,8	3,3
Алкоголь	5,5	6,2
Транквілізатори/седативні препарати без признач. лікаря	2,2	5,9
Канабіс	2,6	7,0
Інші наркотики, крім канабісу	3,3	8,7
0 речовин	86,7	81,7
1 речовина	9,1	11,4
2+ речовин	4,2	6,9

Дослідженням було встановлено, що полівживання має тісний зв'язок із раннім початком уживання ПАР. Зокрема, серед підлітків, які мали досвід уживання канабісу в ранньому віці, частка осіб із проявами полівживання становить 64,6%, тоді як серед тих, хто не мав такого досвіду, цей показник складає лише 2,9%.

Вживання наркотичних речовин серед підлітків пов'язане з низкою соціально-економічних, поведінкових і психологічних чинників. Зокрема, вищі показники поширеності ПАР спостерігаються серед підлітків, які оцінюють матеріальне становище своєї родини як низьке або високе. У сім'ях із середнім рівнем добробуту зафіксовано нижчі показники вживання. Важливим фактором ризику є ранній початок уживання ПАР: досвід їх використання до 14 років значно підвищує ймовірність регулярного вживання у майбутньому та формування полівживання. Найвищий рівень ранніх спроб зафіксовано серед наймолодших підлітків чоловічої статі, що свідчить про підвищений ризик розвитку проблемної поведінки в цій групі [60].

Додатковим чинником ризику є досвід вимушеного переміщення. Підлітки з числа внутрішньо переміщених осіб частіше демонструють як ранній початок уживання наркотичних речовин, зокрема канабісу, так і загалом вищі показники їх споживання. Водночас упродовж 2007–2019 рр. рівень полівживання ПАР знижувався, однак у 2024 р. спостерігалось його зростання, що пов'язано насамперед зі збільшенням уживання канабісу та транквілізаторів [60].

Ризиковане та раннє вживання ПАР також тісно пов'язане з психоемоційними порушеннями, зокрема підвищеним рівнем депресії, тривожності та стресу. Хоча цей зв'язок характерний для підлітків обох статей, у хлопців він проявляється більш виражено. Особливо вразливою групою залишаються внутрішньо переміщені підлітки, серед яких частіше фіксуються як психоемоційні розлади, так і ризикована поведінка щодо вживання ПАР.

У 2024 р. в Україні зареєстровано 10 038 нових випадків ВІЛ-інфекції, 3127 випадків СНІДу та 1169 смертей, пов'язаних із цим захворюванням. Епідемія ВІЛ залишається актуальною, хоча за окремими показниками спостерігається

тенденція до зниження. Поширеність ВІЛ за даними диспансерного обліку становила 336,1 на 100 тис. населення, однак з урахуванням демографічних змін фактичний показник може бути вищим. Найвищі рівні захворюваності традиційно фіксуються у південно-східних регіонах країни, а основним шляхом передачі залишається статевий. Найбільшу частку інфікованих становлять особи віком 25–49 років, водночас зростає частка людей старших 50 років [60].

У 2023 р. тестування на ВІЛ пройшли понад 2,25 млн осіб, серед яких виявлено 11 658 нових випадків, що менше порівняно з попередніми роками. Станом на початок 2024 р. під медичним наглядом перебувало понад 157 тис. людей, які живуть з ВІЛ, близько третини з яких інфікувалися парентеральним шляхом унаслідок уживання ПАР. Антитретровірусну терапію отримували понад 118 тис. пацієнтів. Водночас демографічні зміни, пов'язані з війною, можуть ускладнювати об'єктивну оцінку реальної поширеності інфекції [60].

За оцінками, поширеність ГС серед населення становить близько 5%, з яких 3,6% мають хронічну форму, тоді як гепатит В поширений серед приблизно 1,5% населення. Дані 2024 р. свідчать про виявлення антитіл до ГС у 6,1% обстежених та маркерів ГВ — у 1,2%.

Водночас значна частина осіб із виявленими маркерами не проходить підтверджувальної діагностики: діагноз ГС підтверджено лише у 31,4% випадків, ГВ — у 18,4%. Це ускладнює оцінку реального масштабу поширення захворювань. На достовірність статистичних даних також впливають демографічні зміни та соціальні наслідки війни [60].

Впродовж останніх років в Україні спостерігається зниження поширеності туберкульозу: у 2024 р. показник становив 31,6 на 100 тис. населення, що на 21,6% менше порівняно з 2023 р.. Захворюваність також зменшилася до 44,2 на 100 тис. населення. Водночас дані щодо поширеності туберкульозу серед ЛВНІ, систематично не збираються, що обмежує можливості планування профілактичних заходів.

У 2024 р. серед 40 329 ЛВНІ, ВІЛ-інфекцію виявлено у 3,3%. Водночас за останні п'ять років обсяг тестувань серед цієї групи скоротився більш ніж удвічі, що може впливати на виявлення нових випадків.

Загалом значні регіональні відмінності у рівнях тестування та поширеності інфекції свідчать про необхідність посилення ЕПН та цілеспрямованих профілактичних заходів серед груп підвищеного ризику.

Динаміка основних показників епідеміологічного моніторингу ВІЛ-інфекції в Україні серед людей, які вживають наркотики ін'єкційно у 2018–2024 рр. показані на таблиці 2.4.

Таблиця 2.4

Динаміка основних показників епідеміологічного моніторингу ВІЛ-інфекції серед людей, які вживають наркотики ін'єкційно у 2018-2024 роках [60]

Показники	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Результати серомоніторингу ВІЛ серед ЛВНІ							
Обстеж. на ВІЛ-інф. спожив. ін'єкц. наркот. реч. (код 102)	173305	128219	107059	67491	56629	59496	40329
з них осіб, у яких виявлено серолог. марк. ВІЛ	2248	2662	4759	4327	3421	2164	1318
Відсоток ВІЛ+результатів (%)	1,3	2,1	4,5	6,4	6,0	3,6	3,3
Реєстрація вип. ВІЛ-інфекції — диспансерний облік осіб з парентеральним шляхом інфік. (внаслідок вживання наркотиків ін'єкційно) з уперше в житті встановленим діагнозом							
Узято під меднагляд впродовж р.	3776	4218	5964	5325	3820	2913	1920
Відсоток парентерального шляху (%)	20,9	22,9	33,9	30,8	31,3	25,0	19,1
Кількість ЛВНІ, які були перенаправлені з НУО до ЗОЗ	1677	1988	3633	3661	2786	1652	901
Відсоток осіб, які були перенаправлені з НУО до ЗОЗ (%)	44,4	47,2	61,0	68,8	72,9	56,7	46,9
СНІД серед осіб з парентеральним шляхом інфікування ВІЛ							
Число нових випадків СНІДу	2343	1916	1027	914	583	574	533
Відсоток від зареєстр.вип.ВІЛ (%)	71,9	62,1	45,5	17,2	15,3	19,7	27,8

В Україні показник смертності, пов'язаної з уживанням наркотичних речовин, формується на основі даних Державної служби статистики щодо

випадків смерті, спричинених уживанням ПАР або отруєнням ними. Проте в умовах воєнного стану, відповідно до чинного законодавства, отримання повних адміністративних даних щодо демографічних показників, зокрема смертності, суттєво обмежене. У зв’язку з цим формування статистичних даних про чисельність населення та природний рух населення з 2022 р. тимчасово призупинено.

Через відсутність повної інформації у національних звітах наразі не представлені офіційні дані щодо смертності від психічних і поведінкових розладів, пов’язаних із уживанням ПАР, а також смертей від зовнішніх причин, пов’язаних із їх споживанням. Оцінювання тенденцій смертності ускладнюється недосконалістю системи обліку, що може призводити до заниження реальних показників. Крім того, в Україні недостатньо налагоджено облік випадків смертей, опосередковано пов’язаних із вживанням наркотиків (нещасні випадки, насильство, самогубства тощо), що обмежує можливості оцінки масштабів передозувань та ризиків для громадського здоров’я [60].

За даними бюро судово-медичної експертизи, у 2024 р. зафіксовано 911 випадків смерті, у яких у біологічному матеріалі померлих виявлено ПАР. До 2021 р. спостерігалось зростання цього показника, однак дані за 2021–2024 рр. є неповними через неможливість отримання інформації з окремих регіонів, що перебували під окупацією або в зоні бойових дій. Тому реальна картина може бути іншою. Кількість померлих осіб в Україні, щодо яких встановлено факт наявності в біологічному матеріалі ПАР у 2015–2024 рр. представлені в таблиці 2.5

Таблиця 2.5

Кількість померлих осіб, щодо яких встановлено факт наявності в біологічному матеріалі психоактивних речовин у 2015–2024 рр. [60]

Рік	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
К-сть	212	237	251	427	778	1186	709	739	815	911

Для зручності прослідковування динаміки смертності дані таблиці зобразили графічно (рис. 2.3)



Рис. 2.3 – Динаміка смертності осіб, щодо яких встановлено факт наявності в біологічному матеріалі психоактивних речовин у 2015–2024 рр.

У 2024 р. Київський міжнародний інститут соціології за фінансової та технічної підтримки ВООЗ провів другий етап соціологічного дослідження серед дорослого населення України віком від 18 років щодо вживання алкоголю. Дослідження мало на меті визначити рівень споживання алкогольних напоїв, оцінити ставлення населення до обмежувальних заходів, а також проаналізувати ефективність політик, спрямованих на зниження шкоди від алкоголю. Підсумкові результати дослідження були представлені в інформаційному бюлетені. Загальне споживання алкоголю серед дорослого населення протягом 12 місяців, що передували проведенню опитування, характеризується такими показниками. Частка осіб, які вживали алкоголь (поточні споживачі), становила 78%, зокрема 82% серед чоловіків та 74,6% серед жінок, при цьому істотних змін порівняно з 2023 р. не зафіксовано. Серед поточних споживачів 57,3% належать до активних, тобто вживали алкоголь щонайменше один раз на місяць (73,5% чоловіків і 42,5% жінок), що свідчить про зростання цього показника порівняно з 2023 р., коли частка активних споживачів становила 50,8% (62,7% чоловіків і 40,3% жінок) [104].

Поширеність вживання алкоголю є вищою серед молодших вікових груп і становить 85,8% серед осіб віком 18–29 років, 83% — у групі 30–44 років, 79,5% — серед осіб віком 45–59 років та 67,2% серед осіб віком 60 років і старших. Серед

осіб, які вживають алкоголь, середня частота його споживання становить 46 днів на рік, зокрема 67 днів серед чоловіків і 27 днів серед жінок, причому порівняно з попереднім роком значних змін цього показника не відбулося. Водночас частота випадків надмірного епізодичного вживання алкоголю зросла з 49,2% у 2023 р. до 54,2% у 2024 р. [104].

Частка осіб, які утримувалися від уживання алкоголю, становила 22%, серед яких 11% ніколи не вживали алкоголь протягом життя, тоді як ще 11% раніше мали досвід його споживання, але припинили вживання. Середньодобовий рівень споживання алкоголю серед осіб, які його вживали, становив 7,3 г чистого спирту на календарний день, зокрема 12,4 г серед чоловіків і 2,5 г серед жінок, при цьому порівняно з 2023 р. істотних змін не зафіксовано [104].

На рисунку 2.4 зображено поширеність зловживання алкоголем на основі Інтегрованого біоповедінкового дослідження серед людей, які вживають наркотики ін'єкційним шляхом.

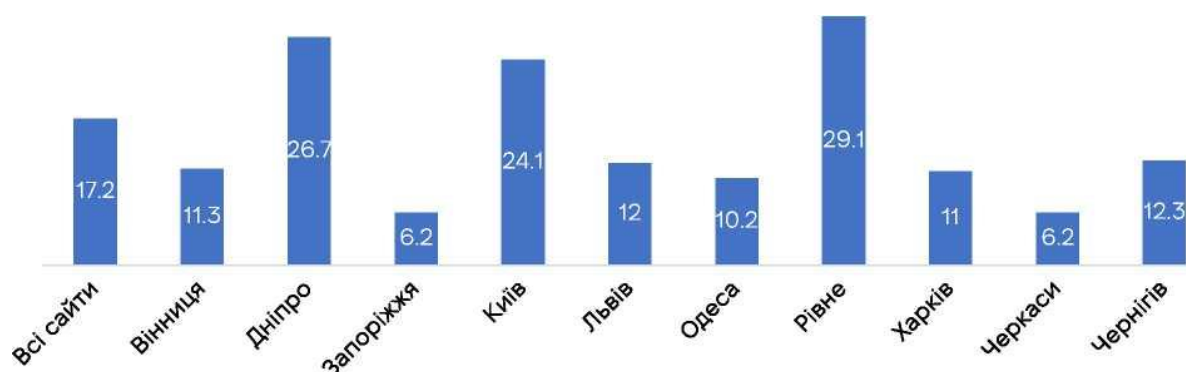


Рис. 2.4 – Поширеність зловживання алкоголем (AUDIT-C $\geq$ 5), за сайтами дослідження (%) [60]

Для оцінки ризикованого вживання алкоголю застосовувалась шкала AUDIT-C, де показник понад 5 балів у чоловіків свідчить про загрозливий для здоров'я рівень споживання. Загалом 17,2% учасників мали такий рівень. У розрізі міст найвищі рівні зафіксовано в Рівному, Дніпрі та Києві.

За результатами дослідження ESPAD встановлено, що найвищий рівень доступності серед алкогольних напоїв, за оцінками підлітків, мають слабоалкогольні напої — про це повідомили 47,4% респондентів. Водночас

порівняно з попереднім етапом дослідження 2019 р., коли цей показник становив 60,7%, спостерігається суттєве зниження рівня їх доступності.

Згідно із законодавством України, реалізація алкогольних напоїв особам, які не досягли 18 років, заборонена. Водночас результати дослідження свідчать, що 19% опитаних підлітків повідомили про придбання алкоголю в магазинах, тоді як 4,5% зазначили, що купують його у барах.

Стосовно вживання 5 і більше порцій алкоголю у вихідні дні, 54,1% респондентів вважають, що така поведінка завдає суттєвої шкоди здоров'ю, тоді як 11,3% оцінюють відповідний ризик як помірний, а 2,9% — як незначний. Водночас встановлено, що дівчата частіше, ніж хлопці, усвідомлюють ризики вживання алкогольних напоїв незалежно від частоти їх споживання.

Таблиця 2.6

Частка респондентів, які мають досвід споживання алкогольних напоїв протягом життя (%) [60]

	2019	2024
Досвід відсутній (алкоголь не вживали жодного разу)	14,3	23,3
Прецедент ознайомлення (один-два рази)	13,6	17,1
Певний досвід (від трьох до дев'яти разів)	25,8	26,1
Значний досвід (від 10 до 19 разів)	16,4	12,4
Великий досвід (від 20 до 39 разів)	11,5	7,4
Дуже великий досвід (40 разів і більше)	18,4	13,8

У 2024 р. спостерігається позитивна тенденція до зменшення споживання алкоголю серед підлітків порівняно з 2019 р. Зросла частка тих, хто жодного разу не вживав алкоголь, а показники епізодичного та частого вживання знизилися, що свідчить про загальне зменшення рівня споживання. Водночас серед підлітків із дуже частим досвідом вживання змін майже не відбулося (таб. 2.6). Частка респондентів, які вживали алкогольні напої впродовж останніх 12 місяців досить часто (від 10 до 19 разів) зменшилась до 7,2% (2024 р.) порівняно з 2019 р. (11,6%), проте частка осіб, які вживали алкоголь дуже часто (40 разів і більше) залишилась майже на одному рівні (таб. 2.7).

Таблиця 2.7

Частка респондентів, які вживали алкогольні напої впродовж останніх 12 місяців зі вказаною частотою, (%) [60]

	2019	2024
Жодного разу	25,3	36,3
Один-два рази	22,7	24,1
Епізодично (від трьох до дев'яти разів)	27,6	21,9
Досить часто (від 10 до 19 разів)	11,6	7,2
Часто (від 20 до 39 разів)	5,9	3,7
Дуже часто (40 разів і більше)	6,9	6,8

За результатами опитування встановлено, що 17,0% респондентів уперше спробували алкоголь у віці 10 років або раніше, що перевищує аналогічний показник 2019 р. (13,4%). При цьому 12,2% опитаних повідомили про перше вживання алкоголю у віці до 9 років, причому такі випадки частіше фіксуються серед хлопців. Водночас у віковій групі 2009/2010 рр. народження цей показник майже вирівнюється між статями з незначним переважанням дівчат.

Вживання алкоголю має негативні наслідки для здоров'я, спричиняє інтоксикацію організму та гострі та хронічні захворювання, що порушують нормальне функціонування організму.

Варто зазначити, що наявна система збору даних не дозволяє оцінити тягар, що пов'язаний з вживанням алкоголю на здоров'я [60]

Станом на 01 січня 2025 р. в Україні під диспансерним наглядом перебуває 354 098 осіб із розладами психіки та поведінки, спричиненими вживанням психоактивних речовин, включно з алкоголем У 64 558 з них розлади спричинило вживання наркотичних та психотропних речовин, причому 67,8% випадків були пов'язані зі споживанням опіоїдів. Частка таких осіб у структурі наркозалежності залишається стабільно високою протягом тривалого часу [92].

Важливою проблемою для системи громадського здоров'я України залишається високий рівень поширеності ВІЛ-інфекції та вірусних гепатитів серед ЛВНІ. За результатами сероепідеміологічного моніторингу 2023 р. частка нових випадків ВІЛ серед ЛВНІ становила 3,6%. Загалом близько 20,3%

представників цієї групи живуть з ВІЛ. Значного поширення також набуває ко-інфікування: за результатами біоповедінкового дослідження 2020 р., 17,7% осіб мали одночасно ВІЛ-інфекцію та ГС.

У гендерному аспекті в Україні спостерігаються тенденції, характерні для світового рівня. Зокрема, серед ЛВНІ переважають чоловіки (81% споживачів опіоїдів), тоді як частка жінок становить 19%. Водночас поширеність ВІЛ серед жінок цієї групи є значно вищою (29,6%) порівняно з чоловіками (18,1%). Подібний гендерний дисбаланс простежується і в доступі до лікування: жінки становлять лише 14% пацієнтів програм замісної підтримувальної терапії та аналогічну частку серед осіб, які звертаються за медичною допомогою з приводу відповідних розладів. Відсутність повних даних щодо неін'єкційного вживання наркотичних засобів обмежує можливості комплексної оцінки доступності медичної допомоги.

Епідеміологічні спостереження також свідчать про зростання кількості випадків уперше діагностованих ко-інфекцій ВІЛ із вірусними гепатитами В та С серед ЛВНІ, що свідчить про погіршення епідемічної ситуації.

Аналіз сучасних тенденцій розвитку наркоринку демонструє його трансформацію під впливом соціально-економічних та політичних чинників, зокрема повномасштабної російської збройної агресії проти України. Скорочення площ незаконного вирощування нарковмісних рослин і зміна каналів збуту сприяли збільшенню кількості підпільних лабораторій із виробництва синтетичних наркотиків. Спостерігається також зростання поширення комбінованих нарковмісних лікарських засобів і прекурсорів, обіг яких заборонений в Україні, але дозволений у країнах ЄС, а також підвищення попиту на синтетичні психоактивні речовини, зокрема синтетичні катинони та канабіноїди [60].

Серед нових викликів для системи охорони здоров'я відзначається збільшення кількості випадків гострої інтоксикації альфа-PVP, амфетаміном і канабісом, що супроводжуються високою частотою психотичних розладів і може свідчити про поширення синтетичних канабіноїдів. Крім того, спостерігається

зростання кількості кримінальних правопорушень, пов'язаних із незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів, а також збільшення числа постраждалих від відповідних злочинів.

Попри значну поширеність вживання наркотичних і психотропних речовин, в Україні зберігається обмежений доступ до ефективних заходів профілактики, раннього виявлення та лікування пов'язаних із цим розладів, а також до лікарських засобів наркотичної дії, що застосовуються з терапевтичною метою. За міжнародними оцінками, лише близько 10% осіб із відповідними розладами у світі отримують необхідне лікування. Недостатня орієнтація державної політики на забезпечення доступу до профілактичних і лікувальних послуг, а також надмірна регуляція обігу наркотичних лікарських засобів призводять до обмеження їх використання в медичній практиці, зокрема для лікування залежності, больового синдрому, посттравматичного стресового розладу та інших захворювань, а також сприяють стигматизації та соціальній маргіналізації осіб із відповідними розладами [92].

Отже, вживання психоактивних речовин зумовлюється комплексною взаємодією соціально-економічних, вікових і психологічних факторів. Найбільш значущими детермінантами ризику є ранній початок вживання, нестабільне матеріальне становище, досвід вимушеного переміщення та наявність психоемоційних порушень. Встановлені закономірності свідчать про необхідність посилення профілактичних заходів, спрямованих на попередження раннього знайомства з психоактивними речовинами, а також надання психологічної підтримки особам із груп підвищеного ризику, зокрема внутрішньо переміщеним особам.

Таким чином, кількість чинників, які впливають на формування наркоманії та алкоголізму, постійно зростає, а їхні якісні характеристики зазнають змін. У зв'язку з цим причини в їх виникненні не можна звести до одного окремого чинника. В певних випадках розвиток залежності зумовлюється однією причиною, а в інших — поєднанням кількох чинників, що односпрямовано впливають на особистість [109, 132]. Наркоманії та алкоголізм можуть формуватися внаслідок складної взаємодії

причин, несприятливих умов і сприятливих чинників, кожен з яких у різному ступені впливає на її розвиток.

2.2. Аналіз показників захворюваності на наркоманії та алкоголізм в Рівненській області та Острозькій територіальній громаді

Площа Рівненська область становить 20,1 тис. км². Адміністративно область поділяється на чотири райони: Рівненський, Вараський, Дубенський та Сарненський. Рівень доступності медичної допомоги для населення відрізняється залежно від місця проживання — сільської місцевості, міст чи обласного центру, особливо щодо отримання спеціалізованої вторинної (інфекційні лікарні) та третинної медичної допомоги (гепатологічні центри або центри лікування хронічних вірусних гепатитів).

У 2015 р. чисельність населення області становила 1161,2 тис. осіб, тоді як станом на 01 січня 2022 р. цей показник зменшився до 1141,8 тис. осіб [72, 100].

Динаміку чисельності населення області за роки, охоплені дослідженням у кваліфікаційній роботі на здобуття ступеня магістра, наведено в таблиці 2.8.

Таблиця 2.8

Чисельність населення Рівненської обл. за 2015–2022 рр. (тис. осіб)

Рік	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Чисельність населення	1161,2	1161,8	1162,7	1160,6	1157,3	1153,0	1148,5	1141,8

Аналіз отриманих даних показує, що у 2022 р. чисельність населення Рівненської області зменшилася порівняно з 2015 р. на 19,4 тис. осіб. Протягом усього досліджуваного періоду щорічно фіксувалася стійка тенденція до скорочення кількості жителів області. Для наочності дані відобразили графічно на рисунку 2.5.



Рис. 2.5 – Чисельність населення Рівненської обл. за 2015–2022 роки (тис. осіб)

В Україні функціонує близько 130 груп Анонімних алкоголіків, з яких приблизно 90 регулярно проводять зустрічі, зокрема дві групи діють у Рівненській області. Визначення точної кількості учасників є ускладненим через дотримання принципу анонімності та відсутність офіційного обліку членства. Зазвичай у зустрічах беруть участь від кількох осіб до 15–20 учасників [6].

Анонімні алкоголіки — це міжнародне товариство чоловіків і жінок, діяльність якого спрямована на взаємну підтримку осіб із проблемами алкогольної залежності. Учасники об'єднання обмінюються власним досвідом, надають взаємну підтримку та допомагають один одному у досягненні й підтриманні тверезості. Основною умовою членства є бажання припинити вживання алкоголю. Участь у діяльності товариства є добровільною, не передбачає обов'язкових внесків і фінансується за рахунок добровільних пожертв його членів.

Діяльність товариства здійснюється у взаємодії з реабілітаційними центрами та наркологічними закладами охорони здоров'я, як державними, так і приватними, де організовуються інформаційні зустрічі та здійснюється залучення нових учасників. Участь у програмах Анонімних алкоголіків також рекомендується фахівцями у сфері психічного здоров'я та соціальної роботи, зокрема працівниками соціальних служб, психологами та представниками духовенства, які мають позитивний досвід співпраці з цим товариством [6].

Лікування розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин, в Україні здійснюється комунальними та приватними закладами охорони здоров'я, фізичними особами-підприємцями, а також неурядовими організаціями. Водночас офіційні статистичні дані наразі доступні лише щодо лікування пацієнтів у закладах охорони здоров'я, які уклали договори з Національною службою здоров'я України (НСЗУ) у межах Програми медичних гарантій, а також у приватних медичних установах, що здійснюють внесення інформації до Електронної системи охорони здоров'я (ЕСОЗ). За даними 2024 р. у Рівненській області є 13 державних закладів і жодного приватного, що заключили договір з НСЗУ.

Станом на кінець 2024 р. в Україні лікування препаратами замісної підтримувальної терапії (ЗПТ) отримували 30 768 осіб із психічними та поведінковими розладами, пов'язаними з уживанням опіоїдів, у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності. Порівняно з 2023 р. кількість пацієнтів зросла на 5,8% (на 1699 осіб), що на 3,9% перевищує приріст попереднього р.. Це свідчить про збереження позитивної тенденції щодо розширення доступу до лікування осіб із залежністю від опіоїдів, попри складні умови, пов'язані з повномасштабним російським вторгненням в Україну [105].

Найбільш інтенсивне розширення доступу до лікування відбулося після внесення змін до нормативно-правового регулювання організації ЗПТ, а також після включення приватних закладів охорони здоров'я до переліку надавачів послуг із застосуванням препаратів ЗПТ.

У зв'язку з адміністративно-територіальною реформою, що відбулася в Україні, 12 червня 2020 р. Острозький район був реорганізований в Острозьку територіальну громаду Рівненського району Рівненської області. Приєднання міста Острога, яке раніше мало статус міста обласного значення, до навколишніх сіл суттєво вплинуло на загальну чисельність населення відповідної території. Унаслідок цього виникають труднощі з наочним та коректним графічним відображенням динаміки чисельності населення, оскільки у 2017–2019 рр. враховувалося населення Острозького району, а у 2020–2021 р. — уже населення територіальної громади.

Площа Острозької ТГ, за інформацією Головного управління Держгеокадастру у Рівненська область, у 2017 р. становила 693 км² і у 2024 р. залишилася без змін [74, 75].

Чисельність населення як колишнього Острозького району, так і сучасної Острозької територіальної громади, а також області загалом, протягом років, охоплених дослідженням, поступово зменшувалася. Ця тенденція відображена в таблиці 2.9.

Таблиця 2.9

Населення Острозького району за 2015–2019 роки та Острозької територіальної громади за 2020–2024 роки [74, 75].

Рік	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Кількість жителів	28802	28618	28502	28081	27017	43017	42678	42301	42017	42006

Для зручнішого прослідковування динаміки дані з таблиці 2.9 відобразили на діаграмі (рис. 2.6)



Рис. 2.6 – Динаміка населення Острозького району за 2015–2019 роки та Острозької територіальної громади за 2020–2024 роки

Захворюваність населення Рівненської області на хронічний алкоголізм відобразили у таб.2.10.

Таблиця 2.10

Захворюваність населення Рівненської області на хронічний алкоголізм за 2015–2024 рр. [15–24].

Рік	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
абс. числа	1058	904	830	912	915	516	718	735	903	1550
на 100 тис. нас.	91,2	77,9	71,4	78,6	79,2	44,8	62,3	63,8	79,1	135,8

У 2015 р. зафіксовано високе значення на початку спостереження — 1058 випадків (показник 91,2 на 100 тис. населення), після чого у 2016–2017 рр. спостерігається поступове зниження до 830 випадків (показник 71,4). У 2018–2019 рр. показники дещо зростають і стабілізуються на рівні понад 900 випадків, що вказує на тимчасове припинення позитивної динаміки. Найбільш різке зниження відбувається у 2020 р. — до 516 випадків (показник 44,8 на 100 тис. населення), що, ймовірно, пов'язано не лише зі зменшенням захворюваності, а й з обмеженим доступом до медичних послуг та зниженням звернень населення в умовах пандемії COVID-19. У 2021–2022 рр. спостерігається часткове зростання показників, однак вони залишаються нижчими за докризовий рівень.

У 2023 р. захворюваність знову зростає до 79,1 на 100 тис. населення (903 випадки), а у 2024 р. фіксується різкий ріст до 135,8 (1550 випадків), що є найвищим показником за весь досліджуваний період. Така динаміка може бути зумовлена як погіршенням психоемоційного стану населення в умовах війни, соціально-економічними труднощами, так і покращенням виявлення та обліку випадків.

Отже, загалом простежується відсутність стійкої тенденції до зниження захворюваності, а останні роки характеризуються її значним зростанням, що свідчить про актуалізацію проблеми алкоголізму в регіоні та потребу в посиленні профілактичних і лікувальних заходів.

Дані з таблиці 2.10 мають такий графічний вигляд (рис. 2.7).



Рис. 2.7 – Динаміка захворюваності населення Рівненської області на хронічний алкоголізм за 2015–2024 рр.

Показники захворюваності наркоманіями в області за досліджувані роки внесли у таблицю 2.11.

Таблиця 2.11

Захворюваність населення Рівненської області на наркоманії за 2015–2024 рр.[15–24].

Рік	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
абс. числа	78	44	54	46	54	64	54	113	77	74
на 100 тис. нас.	6,7	3,8	4,6	3,9	4,7	5,6	4,7	9,8	6,7	6,5

Динаміка захворюваності населення Рівненської області на наркоманії у 2015–2024 рр. також має хвилеподібний характер, однак із менш вираженими коливаннями порівняно з алкоголізмом. У 2015 р. зафіксовано 78 випадків (показник 6,7 на 100 тис.), у наступному р. показник знизився до 44 випадків (3,8). У 2017–2019 рр. спостерігається відносно стабільна ситуація, показники коливаються в межах 46–54 випадків (4,6–4,7). У 2020 р. відзначається помірне зростання до 64 випадків (5,6), яке може бути пов’язане зі змінами соціально-економічних умов або покращенням діагностики. У 2021 р. знову фіксується зниження до 54 випадків (показник 4,7). Найбільш помітне відхилення спостерігається у 2022 р., коли кількість випадків різко зростає у 2,1 рази до 113 (показник 9,8), що є піковим значенням за весь період. У 2023–2024 рр. кількість хворих знову знижується до 77 та 74 випадків відповідно (показник 6,7–6,5), що

свідчить про часткову нормалізацію ситуації, хоча рівень залишається дещо вищим порівняно з докризовими роками.

Дані для аналізу ситуації захворюваністю алкоголізмом маємо лише для Острозького району (таб. 2.12). З 2020 р. показники увійшли до статистики Рівненського району.

Таблиця 2.12

Захворюваність населення Острозького району на хронічний алкоголізм за 2015–2020 рр. [15–24].

Рік	2015	2016	2017	2018	2019	2020
абс. числа	38	30	39	29	37	26
на 100 тис. нас.	86,2	68,1	89,0	66,5	85,8	60,9

Упродовж 2015–2020 рр. рівень захворюваності характеризується періодичними незначними коливаннями. Максимум був зафіксований у 2017 р. — 39 випадків (показник 89), що було вище за показник захворюваності в Рівненській області (71,4) за цей період, а мінімум — 26 (показник 60,9) у 2020 р., що перевищувало обласний рівень захворюваності (44,8) в 1,4 рази.

Дані для аналізу захворюваності наркоманіями також маємо лише для Острозького району до 2020 р. (таб. 2.13).

Таблиця 2.13

Захворюваність населення Острозького району на наркоманії за 2015–2020 рр. [15–24].

Рік	2015	2016	2017	2018	2019	2020
абс. числа	0	0	3	2	4	4
на 100 тис. нас.	0	0	6,8	4,6	9,3	9,4

Динаміка захворюваності населення Острозького району на наркоманії у 2015–2020 рр. характеризується низькими показниками з поступовим зростанням. Після повної відсутності випадків на початку періоду, у 2017 р. зареєстровано 3 випадки (показник 6,8), у наступний рік 2 (показник 4,6), а далі у 2019–2020 рр. вже по 4 випадки (показник 9,3–9,4). Хоча абсолютні показники залишаються низькими, темпи приросту заслуговують на увагу. За 2017–2020 рр.

показники захворюваності на наркоманії в Острозькому районі перевищували обласні рівні.

Вакцина проти ГВ є високоефективним засобом профілактики інфекції та клінічних форм захворювання. У осіб, які повністю отримали курс імунізації, її ефективність становить 80–100%. Нині трьома дозами вакцини у світі охоплено близько 81% населення, а в окремих країнах цей показник сягає 92%. Завдяки впровадженню масової вакцинації рівень захворюваності на гострий ГВ у світі знизився приблизно у 10 разів. Вакцина вводиться внутрішньом'язово та передбачає три етапи імунізації. Через місяць після першої дози рівень захисту становить близько 48%, після другої — 91%, а після завершення повного курсу — до 96%. Вакцинація залишається одним із найефективніших методів профілактики інфекційних захворювань, а досягнення рівня охоплення 95% може назавжди викоринити захворювання, як явище [113]. Із 2000 р. вакцина від ГВ внесена до Національного календаря профілактичних щеплень і є безкоштовна.

У таблиці 2.14 внесеною дані про вакцинованих проти ГВ дітей до 1-го року та дітей старших 1-го року у Рівненській області та Острозькому р-ні/Острозькій ТГ за 2015–2024 роки у відсотковому співвідношенні до запланованих.

Таблиця 2.14

Відсоток вакцинованих проти ГВ дітей до 1-го року та дітей старших 1-го року у Рівненській області та Острозькому р-ні/Острозькій ТГ за 2015–2024 роки [76].

	Рік	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Рівненська обл.	діти до 1-го р.%,	10,1	17,1	51,5	55,7	61,1	74,7	69,9	84,6	91,2	83,2
	діти, старші 1-го р.	24,6	28	51	36,8	32,8	51,2	57,4	64,5	71,4	69,7

Острозький р-н/Острозька ТГ	діти до 1-го р., %	12,2	17,3	54	41	51	82,6	58,2	65,3	67,8	61,9
	діти, старші 1-го р.	31,5	33,6	48,3	27,7	23,6	23	33,7	51,1	41,2	38,7

Можемо прослідкувати динаміку щеплення від ГВ в Рівненській області та Острозькій ТГ (рис. 2.8) [76]

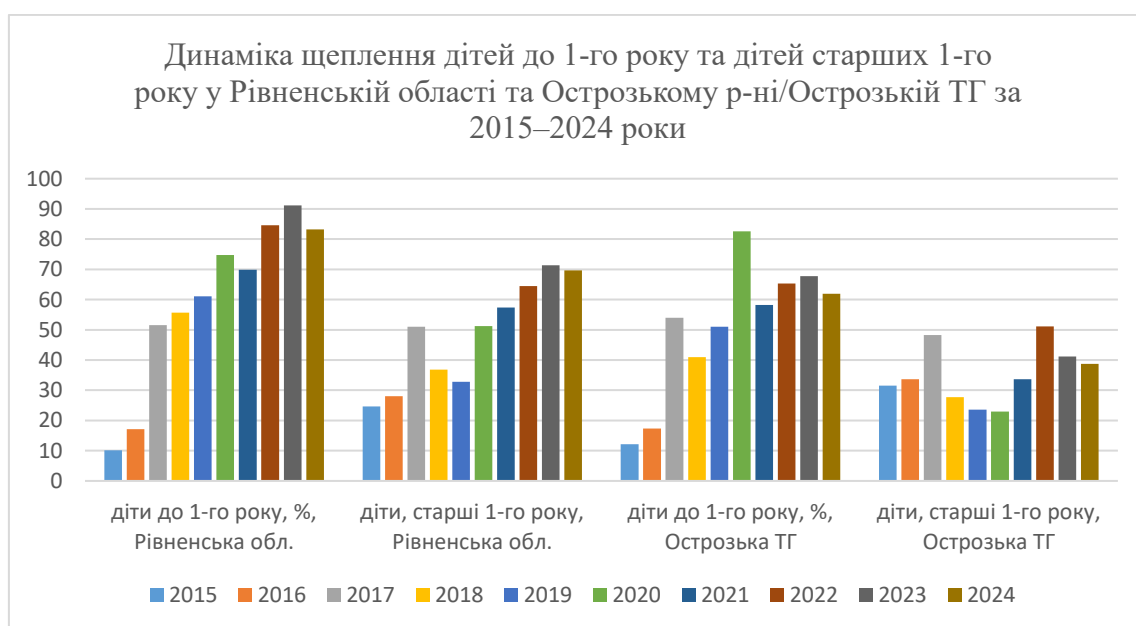


Рис. 2.8 – Динаміка щеплення дітей до 1-го року та дітей старших 1-го року у Рівненській області та Острозькому р-ні/Острозькій ТГ за 2015–2024 роки

Упродовж 2015–2024 рр. у Рівненській області спостерігалася загальна тенденція до підвищення рівня охоплення вакцинацією проти ГВ серед дітей. Серед дітей віком до одного р. у 2015 р. показник становив лише 10,1%, а у 2016 р. — 17,1%, що свідчить про дуже низький рівень імунізації у цей період. Починаючи з 2017 р. відмічається суттєве покращення показників: охоплення вакцинацією зросло до 51,5%, а у 2018–2019 рр. — до 55,7% та 61,1% відповідно. У 2020 р. обласний рівень вакцинації досяг 74,7%, після чого у 2021 р. спостерігалася незначне зниження до 69,9%. Надалі показники знову зросли: у 2022 р. — до 84,6%, а найвищого значення досягли у 2023 р. — 91,2%. У 2024 р. було деяке зниження до 83,2%, однак рівень вакцинації проти ГВ залишився значно

вищим, ніж на початку досліджуваного періоду. Проте рівень вакцинації проти ГВ не досяг рекомендованого ВООЗ показника 95%.

Серед дітей старших 1 року у Рівненській області також спостерігалася тенденція до зростання охоплення вакцинацією проти ГВ, хоча показники залишалися нижчими, ніж серед дітей до 1 року. У 2015–2016 роках вони становили 24,6% та 28% відповідно. У 2017 р. показник підвищився до 51%, однак у 2018–2019 роках відбулося його зниження до 36,8% та 32,8%. Починаючи з 2020 р. спостерігається поступове зростання рівня вакцинації проти ГВ — 51,2% у 2020 р., 57,4% у 2021 р., 64,5% у 2022 р. та 71,4% у 2023 р. У 2024 р. показник дещо знизився до 69,7%, однак залишився вищим, ніж у попередні роки.

У Острозькому районі/Острозькій територіальній громаді серед дітей до 1 року показники вакцинації проти ГВ мали більш нестабільний характер. У 2015 р. рівень охоплення становив 12,2%, у 2016 р. — 17,3%, а у 2017 р. спостерігалася значне зростання, далі показник знизився, після чого у 2019 р. дещо підвищився до 51%. Найвищий рівень вакцинації був зафіксований у 2020 р. — 82,6%, однак у 2021 р. показник знову знизився до 58,2%. У 2022–2023 рр. рівень охоплення становив 65,3% та 67,8%, а у 2024 р. зменшився до 61,9%.

Серед дітей старших 1 року в Острозькому районі/Острозькій ТГ показники залишалися порівняно низькими та характеризувалися значними коливаннями. У 2015 р. рівень вакцинації проти ГВ становив 31,5%, у 2016 р. — 33,6%, а у 2017 р. зріс до 48,3%. У наступні роки відбулося суттєве зниження показників. Починаючи з 2021 р. спостерігається поступове покращення ситуації, проте у 2023–2024 роках показники вакцинації проти ГВ знову знизилися і становили 41,2% та 38,7% відповідно.

Загалом проведений аналіз свідчить, що у Рівненській області упродовж досліджуваного періоду відбулося суттєве покращення охоплення вакцинацією проти ГВ, особливо серед дітей віком до 1 року. Водночас у Острозькій територіальній громаді показники залишаються нижчими та більш нестабільними, що може свідчити про певні організаційні або соціально-економічні чинники, які впливають на рівень імунізації населення. При цьому у більшості років рівень

охоплення вакцинацією ще не досягає рекомендованого показника 95%, визначеного ВООЗ для формування колективного імунітету.

Ефективний захист від туберкульозу — вакцина БЦЖ. Її введення не гарантує, що людина не захворіє, проте повністю забезпечує захист від його смертельних генералізованих форм. Якщо раніше вакцина вводилася на 3–5 добу життя новонародженого (через 48 годин від народження), то тепер вакцинація проводиться за 24 години після народження дитини [8].

Відсоток населення, охоплений щепленням від туберкульозу показали у таблиці 2.15.

Таблиця 2.15

Відсоток дітей охоплених щепленням БЦЖ до 1-го року та дітей старших 1-го року у Рівненській області та Острозькому р-ні/Острозькій ТГ за 2015–2024 роки [76].

	Рік	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Рівненська обл.	діти до 1-го р., %	15,3	25,1	90,7	89,9	91,1	89,0	83,0	83,5	89,1	82,5
	діти, старші 1-го р.	12,3	19,1	62,5	35,1	31,8	31,7	25,3	45,3	48,7	47,2
	Рік	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Острозький р-н/Острозька ТГ	діти до 1-го р., %	13,9	24,1	91,9	87,8	95,3	100	88,3	95,7	96,1	97,9
	діти, старші 1-го р.	7,8	18,1	63,0	52,8	31,0	40,2	5,3	46,3	47,2	59,3

Аналіз представлених даних свідчить про глибоку кризу охоплення щепленням БЦЖ у 2015–2016 роках як на рівні Рівненської області, так і в межах Острозького району, що було зумовлено загальнодержавним дефіцитом вакцин у цей період. У 2015 р. показники були критично низькими. В області щеплення отримали лише 15,3% дітей до р. та 12,3% старших дітей, тоді як в Острозькому районі ситуація була ще складнішою, особливо серед вікової групи старше р., де

охоплення становило всього 7,8%. У 2016 р. спостерігалось незначне зростання (до 24,1%–25,1% серед немовлят), проте справжній прорив відбувся лише у 2017 р., коли рівень вакцинації новонароджених різко зріс до 90,7% по області та 91,9% по Острозчині.

Варто зазначити, що динаміка охоплення немовлят (до 1-го року) в Острозькому районі/Острозькій ТГ протягом 2017–2024 рр. демонструє стабільно високі результати, які часто перевищують середньообласні показники, досягнувши абсолютного максимуму у 100% у 2020 р. та утримуючись на рівні 96–97% в останні роки. Водночас категорія дітей, старших 1-го р., демонструє значну нестабільність. Якщо у 2017 р. показник в Острозькому районі сягнув 63%, то надалі спостерігалися різкі коливання, включно з критичним падінням до 5,3% у 2021 р.. Це може вказувати на складність проведення вакцинації БЦЖ у старшому віці, що потребує попередньої проби Манту, а також на вплив пандемії COVID-19 на планову ревакцинацію. Починаючи з 2022 р. в області помітна тенденція до поступового вирівнювання та зростання охоплення серед старших дітей, яке у 2024 р. в Острозькій ТГ склало 59,3%, що суттєво вище за середньообласний показник у 47,2%.

Для глибшого розуміння динаміки охоплення щепленнями вакциною БЦЖ дитячого населення, ми трансформували табличні показники у графічну модель. (рис. 2.9).



Рис. 2.9 – Динаміка щепленням БЦЖ дітей до 1-го р. та дітей старших 1-го р. у Рівненській області та Острозькому р-ні/Острозькій ТГ за 2015–2024 роки

У сучасній моделі охорони здоров'я сімейний лікар є центральною фігурою у системі надання допомоги, зокрема особам із адиктивними розладами. Завдяки принципу безперервності та тривалості спостереження, лікар загальної практики має унікальну можливість виявляти ознаки вживання психоактивних речовин на етапах, коли пацієнт ще не усвідомлює проблему або уникає звернення до вузькопрофільних фахівців (наркологів).

Першочергова роль сімейного лікаря полягає у проведенні регулярного скринінгу серед груп ризику та звичайних пацієнтів. Використання стандартизованих міжнародних опитувальників, таких як AUDIT (для оцінки розладів вживання алкоголю) [117] або ASSIST (для виявлення вживання наркотичних речовин) [43], дозволяє об'єктивно оцінити рівень загрози. Діагностичний пошук не обмежується опитуванням, а включає аналіз внутрішніх хвороб, що маскують залежність. До них належать ураження органів травлення, нетипові стрибки тиску та розлади нервової системи й мислення, спричинені хронічною інтоксикацією [50].

Сімейний лікар проводить мотиваційні бесіди, спрямовані на формування у пацієнта критичного ставлення до власного стану. Він не лише коригує супутні соматичні патології, спричинені токсичним впливом речовин, а й скеровує пацієнта до наркологічних центрів, психотерапевтів або соціальних служб. Важливим аспектом є інтеграція ЗПТ у первинну ланку (ПМД), що робить лікування наркозалежних більш доступним та менш стигматизованим [50].

Профілактична роль сімейного лікаря реалізується через роботу з родиною пацієнта. Він проводить просвітницьку роботу, спрямовану на запобігання співзалежності у членів сім'ї та ранню профілактику серед підлітків. Особлива увага приділяється вторинній профілактиці — запобігання рецидивам у осіб, які пройшли курс реабілітації. Моніторинг стану пацієнта в домашніх умовах та підтримка бажання лікуватися дозволяють значно знизити ризик повернення до вживання психоактивних речовин.

Таким чином, діяльність сімейного лікаря трансформує підхід до залежностей із суто карального чи ізоляційного в медико-соціальний, де акцент зміщується на раннє втручання, довіру та тривалий супровід пацієнта.

Щоб вивчити роль сімейних лікарів КНП «Острозький центр первинної медичної допомоги» Острозької міської ради Рівненського району Рівненської області (Острозький ЦПМД) в ранньому виявленні, лікуванні та профілактиці захворювань на наркоманії та алкоголізм провели анкетне опитування осіб «Роль сімейних лікарів у виявленні, лікуванні та профілактиці алкоголізму та наркоманії» (Додаток 1).

У дослідженні взяли участь 9 сімейних лікарів. Опитування проводилося з метою оцінки рівня професійної підготовки медичних працівників, особливостей виявлення випадків алкогольної та наркотичної залежності, практики профілактичної роботи, а також труднощів, які виникають у процесі надання медичної допомоги пацієнтам із залежностями.

Оскільки система сімейної медицини в Острозькій ТГ фактично почала функціонувати з 2018 р. в межах медичної реформи первинної ланки, аналіз діяльності сімейних лікарів здійснювався за період 2018–2024 рр. До 2018 р. функції первинної допомоги виконували терапевти, а системний підхід до профілактики та раннього виявлення залежностей був недостатньо розвиненим.

Результати опитування свідчать, що у 2018–2020 рр. рівень виявлення алкогольної та наркотичної залежності на рівні первинної медичної допомоги залишався відносно низьким. Значна частина опитаних лікарів зазначала, що випадки залежностей фіксувалися переважно на пізніх стадіях або після звернення пацієнтів із супутніми захворюваннями. Основними причинами цього респонденти називали недостатню підготовку у сфері адиктології, відсутність практичного досвіду та недостатню мотивацію пацієнтів до відкритого обговорення проблем залежності.

Позитивні зміни спостерігаються у 2021–2024 рр. Після впровадження у практику стандартизованих міжнародних опитувальників AUDIT та ASSIST сімейні лікарі почали частіше проводити оцінку поведінкових ризиків серед

пацієнтів. За результатами анкетування, у 2024 році близько 45% опитаних лікарів підтвердили, що регулярно виявляють випадки алкогольної залежності серед пацієнтів на ранніх етапах.

Опитування також показало зростання професійної компетентності сімейних лікарів у питаннях лікування залежностей. Якщо у перші роки функціонування системи сімейної медицини лише окремі фахівці проходили тематичне навчання з адиктології, то у 2024 році вже 100% респондентів зазначили, що брали участь у профільних освітніх програмах, тренінгах або семінарах. Це сприяло активнішому скеруванню пацієнтів до спеціалізованих закладів та покращенню консультативної роботи. Водночас частина лікарів серед основних проблем і надалі називає соціальну стигматизацію пацієнтів із залежностями та недостатню доступність спеціалізованої допомоги.

Найбільш помітні зміни відбулися у сфері профілактики. Частка лікарів, які регулярно проводять профілактичні бесіди щодо шкідливості алкоголю та наркотичних речовин, суттєво зросла упродовж 2021–2024 років. Сімейні лікарі також частіше почали скеровувати пацієнтів із груп ризику на тестування щодо ВІЛ-інфекції, вірусних гепатитів та туберкульозу, що свідчить про формування комплексного підходу до профілактики соціально небезпечних захворювань, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин.

Роль сімейного лікаря Острозького ЦПМД трансформувалася від формального нагляду до активного менеджменту ризиків. Попри зростання ефективності раннього виявлення, залишається потреба у вибудовуванні довірливих відносин та відмови від засудження пацієнтів, розробці чітких стандартів реалізації профілактичних алгоритмів. Покращення підготовки кадрів та ресурсного забезпечення вже дало позитивний імпульс, проте лікування залежностей на первинній ланці все ще потребує більш цілісної інтеграції в загальну систему громадського здоров'я.

Аналіз демографічних та медичних показників Рівненської області та Острозької ТГ за 2015–2024 роки свідчить про стійку тенденцію до скорочення чисельності населення на тлі суттєвого прогресу в системі імунопрофілактики,

зокрема подолання критичного дефіциту вакцин та наближення до цільових показників ВООЗ. Попри позитивну динаміку охоплення щепленнями (БЦЖ, гепатит В) та успішну трансформацію роботи первинної ланки медицини від пасивного нагляду до проактивного скринінгу адикцій (AUDIT, ASSIST), у регіоні зберігається територіальна нестабільність показників та існують складнощі в роботі з групами підвищеного ризику. Для досягнення стабільного колективного імунітету та ефективного контролю за соціально-небезпечними хворобами необхідне подальше посилення міжсекторальної взаємодії, подолання упередженого ставлення до пацієнтів із залежностями та забезпечення безперервного медико-соціального супроводу вразливих категорій населення.

2.3 Аналіз показників захворюваності вірусними гепатитами А, В, С, ВІЛ-інфекцією/СНІДом, туберкульозом населення Рівненської області та Острозькій ТГ за 2015–2024 роки

Захворюваність на вірусні гепатити є важливою проблемою громадського здоров'я та викликом для системи охорони здоров'я в усьому світі. Гепатит — це загальна назва гострих і хронічних запальних захворювань печінки різної етіології, що супроводжуються структурними змінами її тканини та порушенням основних функцій органа, зокрема дезінтоксикаційної, метаболічної та захисної. Вірусні гепатити — це група інфекційних захворювань, спричинених гепатотропними вірусами, які переважно уражають печінку [26, 28].

Лабораторна діагностика вірусних гепатитів проводиться фахівцями вірусологічних лабораторій, станцій переливання крові, державних та приватних закладів охорони здоров'я шляхом визначення серологічних маркерів вірусних гепатитів у сироватках крові хворих та здорових осіб методом імуноферментного аналізу (ІФА), молекулярно-генетичним методом за допомогою полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР). Широко також застосовують метод імунохроматографічного аналізу (швидкі тести). Дослідження зразків сироваток

крові проводиться з діагностичною та профілактичною метою. Результати досліджень представлені в галузевій звітній формі (40-здоров).

Для аналізу рівня захворюваності вірусними гепатитами А, В і С у Рівненській області за 2015–2024 роки використано дані Державної установи «Рівненський обласний центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України» (ДУ «Рівненський обласний ЦКПХ МОЗ»), отримані з державних і приватних закладів охорони здоров'я. Вони представлені у таблиці 2.16.

Таблиця 2.16

Кількість хворих вірусними гепатитами А, В, С у Рівненській області за 2015–2024 роки [15–24]

Рік	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Кількість хворих гострим гепатитом А	61	93	107	48	12	19	13	6	5	39
Вірусним гепатитом В	40	27	61	41	52	33	11	30	58	37
Вірусним гепатитом С	11	9	11	14	9	3	5	12	14	11
Хронічним вірусним гепатитом В	45	29	36	26	24	14	8	16	27	19
Хронічним вірусним гепатитом С	113	153	118	74	93	47	37	43	93	82

Для наочності відобразили дані з таблиці графічно на рисунку 2.10.



Рис. 2.10 – Динаміка виявлення хворих вірусними гепатитами А, В, С у Рівненській області за 2015–2024 роки (в абсолютних показниках)

Провели детальний аналіз по кожному з гепатитів. Упродовж 2015–2024 років захворюваність вірусними гепатитами у Рівненській області характеризувалася вираженою нерівномірністю та різноспрямованими тенденціями залежно від нозологічної форми. Аналіз динаміки гострого вірусного гепатиту А (ГА) свідчить про наявність циклічних коливань із епідемічними підйомами та періодами спаду. У 2015–2017 роках спостерігалось зростання кількості випадків із 61 до 107. Починаючи з 2018 р. відзначалося різке зниження показників (48 випадків), а у 2019–2023 роках були мінімальні рівні захворюваності (від 5 до 19 випадків щорічно). Така тенденція може бути пов'язана як із природним згасанням епідемічного процесу, так і з впливом карантинних обмежень у період пандемії COVID-19, що зменшили інтенсивність контактів серед населення. Водночас у 2024 р. зафіксовано суттєве зростання до 39 випадків.

Динаміка гострого ГВ має нестабільний характер. У 2015 р. було зареєстровано 40 випадків, у 2016 р. — зниження до 27, однак уже в 2017 р. відзначено різке зростання до 61 випадку. У наступні роки показники коливалися в межах 33–52 випадків до 2019 р. включно. У 2020–2021 роках спостерігалось зменшення кількості випадків (33 та 11 відповідно), що, ймовірно, пов'язано зі зниженням звернень до закладів охорони здоров'я та переорієнтацією системи на боротьбу з COVID-19. Починаючи з 2022 р. відзначається повторне зростання (30 випадків), із піком у 2023 р. (58 випадків) та зниженням у 2024 р. (37 випадків). Відсутність стійкої тенденції до зменшення свідчить про необхідність посилення профілактичних заходів, зокрема вакцинації та скринінгу.

Гострий ГС впродовж досліджуваного періоду характеризувався відносно низькими та стабільними показниками. Кількість випадків коливалася в межах 3–14 щорічно. Найвищі значення реєструвалися у 2018 та 2023 роках (по 14 випадків), тоді як найнижчий показник зафіксовано у 2020 р. (3 випадки). Відсутність різких епідемічних підйомів може пояснюватися особливостями перебігу інфекції, оскільки ГС часто має безсимптомний або малосимптомний початок і значна частина випадків виявляється вже на стадії хронізації.

Захворюваність на хронічний ГВ у 2015–2021 роках демонструвала загальну тенденцію до зниження — з 45 випадків у 2015 р. до 8 у 2021 р.. Поступове зменшення може бути наслідком впровадження вакцинації проти ГВ та покращення контролю за інфекційною безпекою медичних втручань. Проте у 2022–2023 роках спостерігалось зростання абсолютних показників до 16 та 27 випадків відповідно, що може бути пов'язано з порушенням безперервності медичної допомоги, міграційними процесами та активнішим виявленням раніше недіагностованих випадків. У 2024 р. відзначено певне зниження до 19 випадків, однак рівень залишається вищим, ніж у 2020–2021 роках.

Найбільше значення протягом усього періоду спостереження має хронічний ГС, який формує основне навантаження в структурі захворюваності. У 2015–2016 роках реєструвалися найвищі абсолютні показники (113 та 153 випадки відповідно). Надалі спостерігалось зниження до 74 випадків у 2018 р. та 37 у 2021 р.. Зменшення у 2020–2021 роках, ймовірно, зумовлене зниженням доступності медичної допомоги та діагностики під час пандемії. Починаючи з 2022 р. відзначається повторне зростання (43 випадки), з піком у 2023 р. (93 випадки) та незначним зниженням у 2024 р. (82 випадки). Високі показники хронічного ГС можуть бути зумовлені тривалим безсимптомним перебігом інфекції та активізацією скринінгових програм.

Отже, аналіз динаміки захворюваності на вірусні гепатити за 2015–2024 роки свідчить про домінування ГС у структурі патології, циклічний характер ГА, нестабільність показників ГВ та відносно епізодичне виявлення ГС. Загальною закономірністю для всіх нозологічних форм є зниження офіційної реєстрації у 2020–2021 роках із подальшим зростанням у 2022–2024 роках, що може бути пов'язано з впливом пандемії COVID-19 та соціально-економічними викликами воєнного періоду. Отримані результати підтверджують необхідність посилення епідеміологічного нагляду, розширення програм скринінгу, забезпечення безперервності лікування та активізації профілактичних заходів.

Для більш об'єктивного аналізу епідеміологічної ситуації абсолютні показники захворюваності перевели в інтенсивні показники, розраховані на 100 тис. населення.

Таблиця 2.17

Захворюваність вірусними гепатитами А, В, С у Рівненській області за 2015–2024 роки (в показниках на 100 тис. населення) [15–24]

Рік	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Кількість хворих гострим гепатитом А	5,28	8,01	9,22	4,14	1,04	1,64	1,18	0,52	0,44	3,40
Вірусним гепатитом В	3,46	2,33	5,26	3,54	4,50	2,85	1,00	2,61	5,05	3,23
Вірусним гепатитом С	0,95	0,78	0,95	1,21	0,78	0,26	0,45	1,05	1,22	0,96
Хронічним вірусним гепатитом В	3,89	2,50	3,10	2,24	2,08	1,21	0,72	1,39	2,35	1,66
Хронічним вірусним гепатитом С	9,78	13,18	10,17	6,38	8,04	4,06	3,35	3,75	8,11	7,16

Результати аналізу свідчать, що впродовж 2015–2024 рр. найбільш поширеною формою серед вірусних гепатитів був хронічний ГС, тоді як гострі форми ГС реєструвалися значно рідше. Для більшості показників характерні коливання з тенденцією до зниження у 2020–2021 роках, що може бути пов'язано зі змінами у системі реєстрації захворювань та зменшенням звернень до медичних закладів у період пандемії COVID-19.

Дані для аналізу показників захворюваності вірусними гепатитами А, В і С у Острозькій ТГ були отримані в Острозькому відділенні ДУ «Рівненського обласного ЦКПХ МОЗ». Для обліку та звітності тут використовують форму №1 «Звіт про окремі інфекційні та паразитарні захворювання» (місячна) та форму №2 «Звіт про окремі інфекційні та паразитарні захворювання» (річна), які передають Рівненському обласному центру контролю та профілактики хвороб МОЗ України [15–24]

У своїй діяльності відділення керується чинним законодавством України та нормативно-правовими актами, зокрема наказами Міністерства охорони здоров'я України від 15.01.2021 №48, №49, №50, №51 щодо затвердження стандартів медичної допомоги при вірусних гепатитах В і С у дорослих і дітей, клінічними настановами «Вірусний гепатит В» та «Вірусний гепатит С», а також

розпорядженням Кабінету Міністрів України від 27.11.2019 №1415-р про схвалення Державної стратегії у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам до 2030 р. [91].

Острозьке відділення Рівненського обласного центру контролю та профілактики хвороб має належну матеріально-технічну базу та у своїй роботі використовує програмне забезпечення EIDSS.

Статистичні показники захворюваності вірусними гепатитами за 2015–2024 роки для проведення аналізу та моніторингу були взяті в цілому по району/територіальній громаді з урахуванням змін у загальній чисельності населення (таб. 2.18).

Таблиця 2.18

Кількість зареєстрованих випадків вірусних гепатитів А, В, С у Острозькому районі/Острозькій ТГ у 2015–2024 рр. [15–24]

Рік	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Гепатит А	1	4	0	1	1	7	1	0	1	1
Вірусний гепатит В	2	0	1	0	2	0	0	1	1	0
Вірусний гепатит С	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0
Хронічний вірусний гепатит В	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1
Хронічний вірусний гепатит С	11	10	4	0	0	0	0	0	1	1

Для наочності дані зобразили графічно (рис. 2.11).

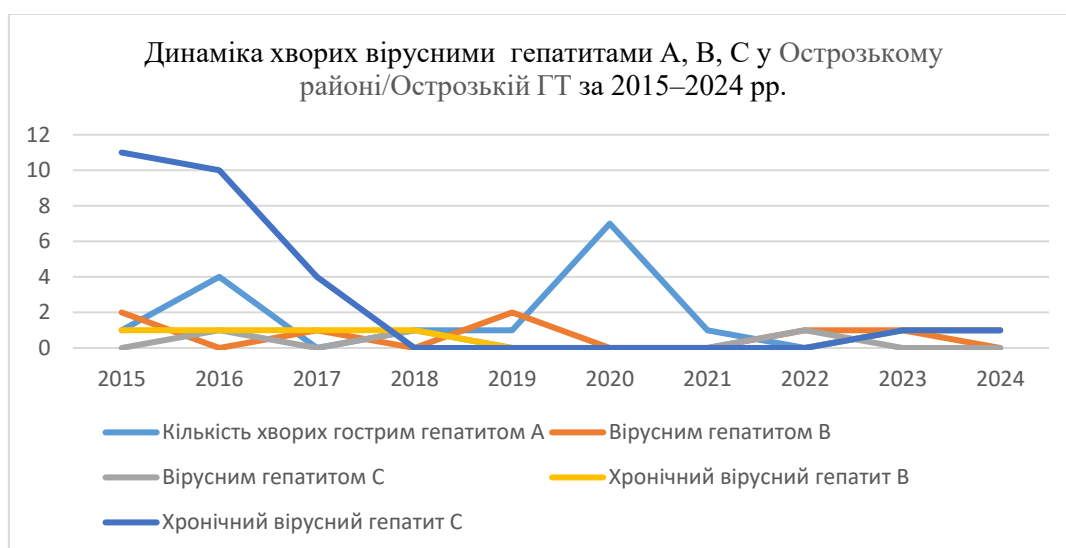


Рис.2.11 – Динаміка виявлення хворих вірусними гепатитами А, В, С у Острозькому районі/Острозькій ТГ за 2015–2024 рр.

Аналіз десятирічної динаміки виявлення хворих вірусними гепатитами в Острозькій ТГ за 2015–2024 рр. свідчить про нерівномірний характер поширення різних форм інфекції, наявність періодичних коливань показників та загальну тенденцію до зниження кількості випадків гострих форм захворювання при збереженні поодиноких випадків хронічних форм.

Динаміка ГА характеризується епідемічними коливаннями. У 2017 та 2022 роках не зафіксовано жодного випадку. Найвищий абсолютний показник зафіксовано у 2020 р. (7 випадків), що може свідчити про локальний спалах. У інші роки реєструвалися поодинокі випадки (1–4). Впродовж досліджуваних років була нестабільна динаміка з періодичними підйомами захворюваності, характерними для інфекцій із фекально-оральним механізмом передачі.

Найбільш поширеною формою захворювання на початку досліджуваного періоду був хронічний ГС, тоді як гострі форми ГВ і ГС реєструвалися епізодично.

Для гострого ГВ характерна нестійка динаміка з поодинокими випадками захворювання. Максимальні показники зафіксовані у 2015 та 2019 роках (по 2 випадки). У 2016, 2018, 2020, 2021 та 2024 роках випадки не реєструвалися. У 2022–2023 роках відзначалося по 1 випадку. Загалом спостерігається зниження частоти реєстрації гострих випадків, що може свідчити про ефективність профілактичних заходів, зокрема вакцинації.

Гострий ГС реєструвався дуже рідко, поодинокі випадки зафіксовані у 2016, 2018 та 2022 роках. У решті років захворювання не реєструвалося.

Динаміка виявлення хронічного ГВ характеризується стабільно низьким рівнем. По 1 випадку було у 2015–2018 роках та у 2023–2024 роках. Жодного випадку не було у 2019–2021 роках.

Хронічний ГС мав найвищі показники серед усіх форм. Найвищий рівень зафіксовано у 2015 р. (11 випадків) та 2016 р. (10 випадків). У 2017 р. показник знизився до 4 випадків, а у 2018–2022 роках випадки взагалі не реєструвалися. У 2023–2024 роках відзначалося по 1 випадку. Дані свідчать про виражене

зниження захворюваності після 2016 р., що може бути пов'язано з недостатнім виявленням хворих.

Загальний рівень захворюваності вірусними гепатитами є низьким, більшість випадків мають поодинокий характер. Найвищі показники спостерігалися у 2015–2016 роках, переважно за рахунок ГС. Після 2017 р. відзначається тенденція до зниження захворюваності, особливо хронічних форм. ГА характеризується циклічними підйомами, що пов'язано з особливостями механізму передачі інфекції. Виявлені тенденції можуть бути зумовлені покращенням профілактики, змінами діагностики, вакцинацією та санітарно-епідемічними заходами.

Для більш об'єктивного аналізу епідеміологічної ситуації у Острозькій ТГ абсолютні показники захворюваності перевели в інтенсивні показники, розраховані на 100 тис. населення (таб. 2.19).

Таблиця 2.19

Поширеність захворюваності вірусними гепатитами А, В, С у Острозькому районі/Острозькій ТГ за 2015–2024 роки (в показниках на 100 тис. населення) [15–24]

Рік	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Гепатит А	2,26	9,08	0	2,27	2,32	16,2 2	3,56	0	2,37	2,37
Вірусний гепатит В	4,52	0	2,27	0	4,63	0	0	2,37	2,37	0
Вірусний гепатит С	0	2,27	0	2,27	0	0	0	2,76	0	0
Хронічний вірусний гепатит В	2,26	2,27	2,27	2,27	0	0	0	0	2,37	2,37
Хронічний вірусний гепатит С	24,8 4	22,7 1	9,08	0	0	0	0	0	2,37	2,37

Загалом отримані дані свідчать, що захворюваність вірусними гепатитами у досліджуваний період характеризується низьким рівнем та нерівномірною динамікою, що може бути пов'язано з невеликою кількістю випадків та особливостями їх реєстрації.

Україна долучилася до програми елімінації вірусних гепатитів, ініційованої ВООЗ у 2015 р.. Відповідно до визначених цілей, передбачено

скорочення кількості нових випадків захворювання на 30% до 2020 р. та на 90% до 2030 р. [126].

З огляду на наведені показники можна зробити висновок, що станом на 2024 рік в Острозькій територіальній громаді загалом досягнуто зниження показників захворюваності вірусними гепатитами В і С відповідно до стратегії ВООЗ щодо їх елімінації до 2030 р. Проте питання обстеження на маркери ГВ та ГС населення Острозької ТГ сімейними лікарями, в тому числі груп ризику (хворих алкоголізмом та наркоманіями) залишається актуальним та потребує покращення.

ВІЛ-інфекція є соціально значущим інфекційним захворюванням, спричиненим вірусом імунодефіциту людини, що призводить до поступового ураження імунної системи та розвитку синдрому набутого імунодефіциту (СНІД). Захворювання має хронічний перебіг і залишається глобальною проблемою громадського здоров'я, зокрема в Україні, де епідемічна ситуація характеризується значною поширеністю інфекції та недостатнім рівнем обізнаності населення щодо власного ВІЛ-статусу [11].

Особливого значення проблема ВІЛ-інфекції набуває у контексті поширення наркоманії та алкоголізму. Вживання психоактивних речовин, особливо ін'єкційних наркотиків, є одним із основних факторів ризику інфікування ВІЛ через використання нестерильних інструментів. Крім того, зловживання алкоголем і наркотичними речовинами сприяє формуванню ризикованої поведінки, зокрема незахищених статевих контактів, що значно підвищує ймовірність передачі інфекції.

Після інфікування ВІЛ тривалий час може перебігати безсимптомно, однак поступово викликає імунодефіцит та розвиток опортуністичних інфекцій. Впровадження АРТ дозволяє контролювати перебіг захворювання та покращує якість життя пацієнтів, проте основними заходами протидії поширенню ВІЛ залишаються профілактика залежностей, зменшення шкоди від вживання психоактивних речовин, рання діагностика та формування безпечної поведінки [11].

За період 1987 – грудень 2015 рр. в Україні офіційно зареєстровано 280297 випадків ВІЛ-інфекції серед громадян України, у тому числі 83421 випадків захворювання на СНІД та 38128 смертей від захворювань, зумовлених СНІДом [11].

Статистику захворювань в Україні за 10 років відобразили у таблиці 2.20
Таблиця 2.20

Зареєстровані випадки ВІЛ-інфекції, СНІДУ в Україні за 2015–2024 рр.
[62–71]

Рік	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Нові вип. ВІЛ-інфекції	15808	17064	18193	18099	16257	15659	15360	12212	11658	10038
Інфіковані уведенням наркотичних речовин ін'єкційним шляхом	3385	3726	3995	3773	4180	5960	5325	3820	2913	1920
СНІДу	8490	8841	9306	8839	7502	4131	4151	3010	3351	3127

Динаміку продемонструємо на графіку (рис. 2.12).

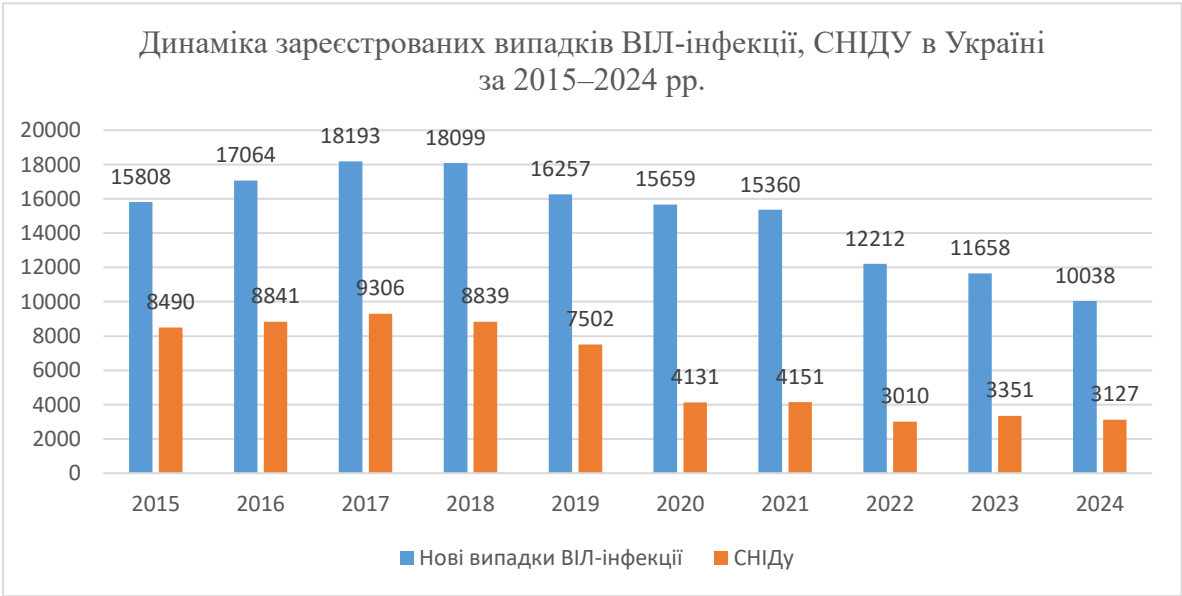


Рис. 2.12 – Динаміка зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції, СНІДУ в Україні за 2015–2024 рр.

Аналіз динаміки нових випадків ВІЛ-інфекції та СНІДу за 2015–2024 роки свідчить про поетапну трансформацію епідемічного процесу з тенденцією до поступового зниження показників упродовж останніх років досліджуваного періоду.

У 2015–2017 роках спостерігалось зростання кількості нових випадків ВІЛ-інфекції: з 15 808 у 2015 р. до 18 193 у 2017 р. Показник 2018 р. (18 099 випадків) залишався практично на рівні попереднього р., що свідчить про стабілізацію епідемічної ситуації на високому рівні. Починаючи з 2019 р. відзначається стійка тенденція до зниження: 16 257 випадків у 2019 р., 15 659 – у 2020 р., 15 360 – у 2021 р. Особливо виражене скорочення зареєстровано у 2022 р. (12 212 випадків) із подальшим зменшенням у 2023 р. (11 658 випадків) та 2024 р. (10 038 випадків). Загалом за десятирічний період кількість нових випадків ВІЛ-інфекції зменшилася на понад третину порівняно з піковими показниками 2017–2018 рр.

Динаміка виявлення хворих на СНІД має подібні тенденції, однак із більш різкими коливаннями. У 2015–2017 рр. кількість нових випадків СНІДу зросла з 8 490 до 9 306, що відповідало загальному підйому реєстрації ВІЛ-інфекції. У 2018 р. показник дещо знизився до 8 839 випадків, а у 2019 р. – до 7 502 випадків. Найбільш суттєве скорочення зафіксовано у 2020 р. – 4 131 випадок, що майже вдвічі менше порівняно з 2019 роком. У 2021 р. показник залишався, майже, на тому ж рівні (4 151 випадок), у 2022 р. знизився до 3 010, після чого у 2023 р. відзначено незначне зростання до 3 351 випадку, а у 2024 р. – помірне зменшення до 3 127 випадків.

Загальна закономірність для обох показників — поступове зменшення після 2018–2019 рр. із різким спадом у 2020 р. Така ситуація може бути пов'язано з тим, що пандемія COVID-19 у 2020–2021 рр. призвела до обмеження доступу до тестування та медичних послуг, що могло вплинути на зниження офіційної реєстрації нових випадків. Упровадження стратегії раннього тестування та розширення АРТ могло сприяти зменшенню переходу ВІЛ-інфекції у стадію

СНІДу. Соціально-демографічні зміни та міграційні процеси в умовах воєнного стану після 2022 р. також могли вплинути на статистичні показники.

Важливо відзначити, що темпи зниження випадків СНІДу є більш вираженими, ніж нових випадків ВІЛ-інфекції. Це може свідчити про покращення раннього виявлення та своєчасного призначення АРТ, що уповільнює прогресування захворювання. Водночас зменшення кількості нових випадків ВІЛ-інфекції може бути як результатом ефективності профілактичних програм, так і наслідком зниження рівня тестування серед населення і виїздом значної частини населення за кордон внаслідок повномасштабної російської військової агресії.

Отже, у 2015–2018 рр. епідемічний процес характеризувався високими рівнями реєстрації нових випадків ВІЛ-інфекції та СНІДу, тоді як у 2019–2024 рр. спостерігається стійка тенденція до їх зниження. Найбільш різке скорочення відбулося у 2020 р., що співпадає з періодом пандемії COVID-19. Незважаючи на позитивну динаміку останніх років, абсолютні показники залишаються значними, що зумовлює необхідність подальшого посилення профілактичних заходів, розширення доступу до тестування, раннього початку АРТ та підтримки безперервності лікування в умовах соціально-економічних викликів.

Аналіз співвідношення загальної кількості нових випадків ВІЛ-інфекції та випадків інфікування внаслідок уживання наркотичних речовин ін'єкційним шляхом за 2015–2024 рр. дозволяє оцінити роль ін'єкційного шляху передачі у структурі епідемічного процесу.

У 2015–2017 рр. спостерігалось зростання загальної кількості нових випадків ВІЛ-інфекції з 15 808 до 18 193. Паралельно зростала й кількість випадків, пов'язаних з ін'єкційним уживанням наркотиків: з 3 385 до 3 995. Частка цього шляху передачі в зазначений період залишалася відносно стабільною та становила приблизно п'яту частину всіх нових випадків, що свідчить про збереження значної ролі ЛВНІ у формуванні епідемії.

У 2018–2019 рр. загальна кількість нових випадків ВІЛ-інфекції дещо зменшилася (з 18 099 до 16 257), однак кількість інфікувань ін'єкційним шляхом у 2019 р. зросла до 4 180 випадків. Це призвело до підвищення питомої ваги даного шляху передачі у структурі нових випадків, що може свідчити про активізацію епідемічного процесу саме серед осіб, які вживають ін'єкційні наркотики.

Найбільш показовим є 2020 р., коли на тлі зменшення загальної кількості нових випадків ВІЛ-інфекції до 15 659 зафіксовано різке зростання інфікування ін'єкційним шляхом – до 5 960 випадків. Частка цього механізму передачі суттєво збільшилася, що може бути пов'язано як із погіршенням доступу до програм зменшення шкоди (ПЗШ) в період пандемії COVID-19, так і зі змінами в поведінкових факторах ризику.

Починаючи з 2021 р. спостерігається стійке зниження як загальної кількості нових випадків ВІЛ-інфекції (з 15 360 у 2021 р. до 10 038 у 2024 р.), так і випадків, пов'язаних з ін'єкційним уживанням наркотиків (з 5 325 до 1 920 відповідно). Особливо помітне скорочення відбулося у 2022–2024 роках. У 2024 р. частка ін'єкційного шляху в структурі нових випадків значно зменшилася порівняно з 2020 роком, що може свідчити про відновлення або посилення профілактичних програм, зокрема ЗПТ та програм обміну шприців.

Абсолютні показники захворюваності стандартизували та представили у вигляді інтенсивних показників на 100 тис. населення (таб. 2.21).

Таблиця 2.21

Захворюваність ВІЛ-інфекцією, СНІДом в Україні за 2015–2024 рр.[62–71]

Рік	Нові вип. ВІЛ-інфекції	Інфіковані уведенням наркотичних речовин ін'єкційним шляхом	СНІДу
2015	36,8	7,9	19,8
2016	39,9	8,7	20,7
2017	42,7	9,4	31,9
2018	42,7	8,9	20,8
2019	38,6	9,9	17,8
2020	37,7	14,2	9,9
2021	36,9	12,8	10,0
2022	29,7	9,3	7,3
2023	28,3	7,1	8,1
2024	24,4	4,7	7,6

Отже, захворюваність на ВІЛ зросла у 2015–2017 рр. (до ~42,7 на 100 тис.), після чого спостерігається стійке зниження до 24,4 у 2024 р., інфікування через ін’єкційне вживання наркотиків мало пік у 2020 р. (14,2), після чого показник поступово зменшувався, захворюваність на СНІД була найвищою у 2017 р. (31,9) і значно низилася після 2020 р.

Смертність від СНІДу в Україні представлена в таблиці 2.22.

Таблиця 2.22

Зареєстровані випадки смертей від СНІДу в Україні за 2015–2024 рр. [62–71].

Рік	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
К-сть смертей від СНІДу	2935	3249	3313	3448	2979	2112	1928	1393	1478	1169
У розрахунок на 100 тис.	6,8	7,6	7,8	8,1	7,1	5,0	4,6	3,4	3,6	2,8

Динаміка зареєстрованих смертей від СНІДу в Україні за ці ж роки показана на графіку (рис. 2.13)



Рис. 2.13 – Динаміка зареєстрованих смертей від СНІДу в Україні за 2015–2024 роки

Аналіз динаміки смертності від СНІДу за 2015–2024 роки свідчить про чітку тенденцію до зниження показників у другій половині досліджуваного періоду.

У 2015–2018 рр. спостерігалось поступове зростання кількості смертей: з 2 935 випадків у 2015 р. до 3 448 у 2018 р., що є максимальним значенням за весь період спостереження. У 2019 р. показник знизився до 2 979 випадків. Починаючи з 2020 р. відзначається різке скорочення смертності – до 2 112 випадків у 2020 р. та 1 928 у 2021 р.. У 2022 р. зафіксовано подальше зменшення до 1 393 випадків. У 2023 р. спостерігалось незначне підвищення до 1 478 випадків, після чого у 2024 р. показник знову зменшився до 1 169 випадків, що є найнижчим рівнем за весь десятирічний період.

Загалом за 2015–2024 рр. смертність від СНІДу скоротилася більш ніж удвічі порівняно з максимумом у 2018 р. Така позитивна динаміка може свідчити про розширення доступу до АРТ, покращення ранньої діагностики ВІЛ-інфекції та своєчасного лікування. Водночас різке зниження показників у 2020–2022 рр. частково може бути пов'язане з впливом пандемії COVID-19 та змінами в реєстрації випадків.

Отже, за досліджуваний період сформувалася стійка тенденція до зменшення смертності від СНІДу, що відображає позитивні зрушення у сфері лікування та профілактики ВІЛ-інфекції, хоча потребує подальшого моніторингу в умовах сучасних соціально-епідемічних викликів.

Щодо питання показників захворюваності на ВІЛ-інфекцію, СНІД та смерті спричинені ним у Рівненській області за досліджувані роки, то маємо таку картину (таб. 2.23).

Таблиця 2.23

Захворюваність ВІЛ-інфекцією, СНІДУ в Рівненській обл. за 2015–2024 рр. та поширеність інфекції [62–71]

Рік	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Нові вип. ВІЛ-інфекції	248	253	211	264	157	130	149	145	184	170
Захворюваність на 100 тис.	21,4	21,8	18,1	22,7	13,6	11,3	13,0	12,7	16,1	14,9

Рік	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Нові вип. СНІДу	86	100	84	101	83	46	67	61	63	51
Захворюваність на 100 тис.	7,4	8,6	7,2	8,7	7,2	4,0	5,8	5,3	5,5	4,5

Аналіз динаміки нових випадків ВІЛ-інфекції та СНІДу за 2015–2024 рр. в Рівненській області свідчить про хвилеподібний характер епідемічного процесу з тенденцією до зниження показників у період 2019–2022 років та частковою стабілізацією у наступні роки.

У 2015–2018 рр. кількість нових випадків ВІЛ-інфекції коливалася в межах 211–264 випадків. У 2018 р. зафіксовано найвищий показник – 264 випадки, що може свідчити про активізацію тестування або реальне зростання інфікування. Починаючи з 2019 р. відзначається суттєве зниження до 157 випадків, а у 2020 р. – до 130 випадків, що є мінімальним значенням за весь період спостереження. У 2021–2022 рр. показники залишалися відносно стабільними (149 та 145 випадків відповідно). У 2023 р. спостерігалось повторне зростання до 184 випадків із незначним зменшенням у 2024 р. до 170 випадків. Загалом у порівнянні з максимумом у 2018 р. у 2024 р. кількість нових випадків є нижчою, однак повної стабілізації епідемічної ситуації не відбулося.

Динаміка захворюваності на СНІД у цілому повторює тенденції ВІЛ-інфекції. У 2015–2018 рр. кількість випадків зросла з 86 до 101, що є максимальним показником за досліджуваний період. У 2019 р. відбулося зниження до 83 випадків, а у 2020 р. — різке скорочення до 46 випадків. У 2021–2023 рр. показники коливалися в межах 61–67 випадків без вираженої тенденції до зростання. У 2024 р. зареєстровано 51 випадок, що є одним із найнижчих значень за десятиріччя.

Зниження показників у 2020–2021 рр. може бути частково пов'язане з обмеженням доступу до тестування та медичних послуг у період пандемії COVID-19. Водночас відсутність різкого зростання випадків СНІДу у наступні роки може свідчити про покращення раннього виявлення ВІЛ-інфекції та своєчасне призначення АРТ, що уповільнює прогресування захворювання.

Отже, за 2015–2024 рр. спостерігається загальна тенденція до зменшення кількості нових випадків ВІЛ-інфекції та СНІДу порівняно з піковими роками,

однак коливання показників у 2023–2024 рр. свідчать про необхідність подальшого посилення профілактичних програм, розширення тестування та забезпечення безперервності лікування.

Графічно це має такий вигляд (рис. 2.14)

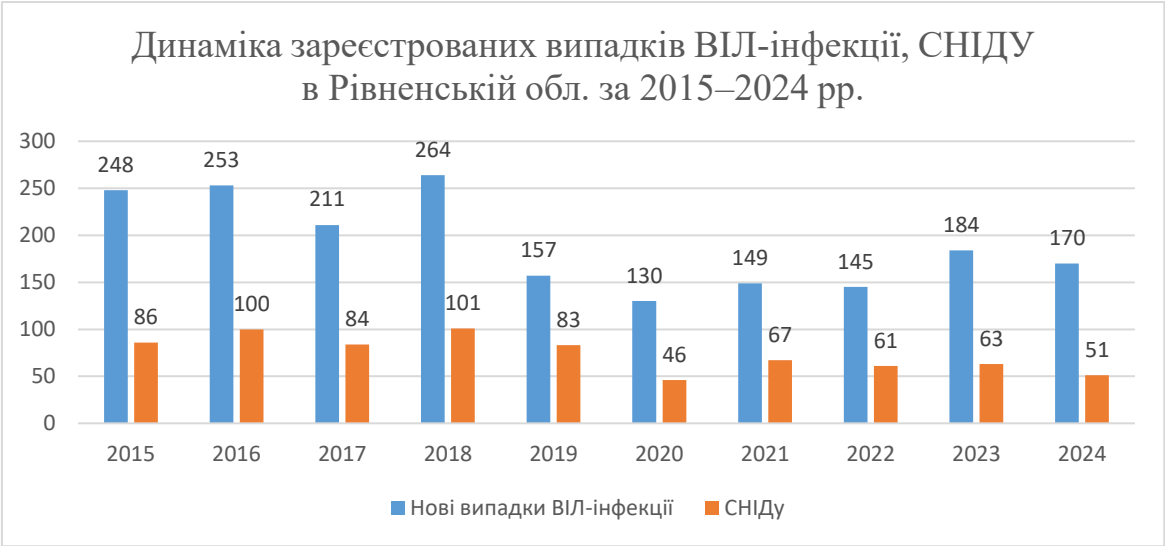


Рис. 2.14 – Динаміка зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції, СНІДу в Рівненській обл. за 2015–2024 рр.

Для порівняльного аналізу показників смертності за роками сформували узагальнену таб. 2.24

Таблиця 2.24

Зареєстровані випадки смертей від СНІДу в Рівненській обл. за 2015–2024 рр. [62–71].

Рік	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
К-сть смерте й від СНІДу	23	30	22	30	22	23	15	27	20	8
У розрах унку на 100 тис	1,98	2,58	1,89	2,58	1,90	2,00	1,31	2,36	1,75	0,7

Аналіз динаміки смертності від СНІДу за 2015–2024 рр. свідчить про нестабільний, але загалом спадний характер показників упродовж досліджуваного періоду.

У 2015–2018 рр. спостерігалися коливання рівня смертності з тенденцією до періодичних підйомів. У 2015 р. зареєстровано 23 випадки смерті, у 2016 р. показник зріс до 30 випадків. У 2017 р. відбулося зниження до 22 випадків, однак у 2018 р. знову зафіксовано зростання до 30 випадків, що є одним із найвищих значень за весь період. У 2019 р. смертність зменшилася до 22 випадків, а у 2020 р. залишалася практично на тому ж рівні (23 випадки).

У 2021 р. відзначено суттєве зниження до 15 випадків, що може свідчити про покращення доступу до АРТ та підвищення ефективності лікування. У 2022 р. показник знову зріс до 27 випадків, що може бути пов'язано з ускладненням доступу до медичної допомоги та соціально-економічними труднощами. У 2023 р. кількість смертей зменшилася до 20 випадків, а у 2024 р. зафіксовано найнижчий показник за весь десятирічний період – 8 випадків.

Загалом у порівнянні з 2015 р. смертність у 2024 р. зменшилася майже втричі. Незважаючи на окремі коливання, особливо у 2016, 2018 та 2022 роках, загальна тенденція свідчить про поступове зниження смертності, що може бути результатом раннього виявлення ВІЛ-інфекції, своєчасного призначення АРТ та покращення медичного супроводу пацієнтів. Водночас нерівномірність показників вказує на необхідність подальшого моніторингу та зміцнення системи безперервного лікування осіб, які живуть з ВІЛ.

Візуалізацію змін зареєстрованих смертей від СНІДу в Рівненській обл. у часовому розрізі представили на рис. 2.15

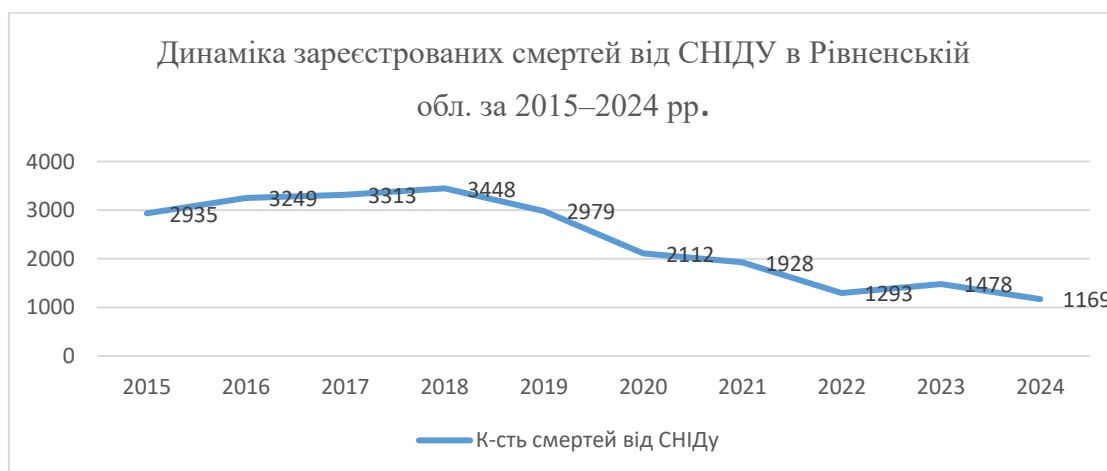


Рис. 2.15 – Динаміка зареєстрованих смертей від СНІДу в Рівненській обл. за 2015–2024 рр.

Кількість ВІЛ-інфікованих осіб та хворих на СНІД, які перебували на обліку у закладах охорони здоров'я, у Рівненській обл. за досліджувані роки збільшилася (таб. 2.25).

Таблиця 2.25

Кількість ВІЛ-інфікованих осіб та хворих на СНІД, які перебували на обліку у закладах охорони здоров'я у Рівненській обл. за 2015–2024 рр. [62–71].

Рік	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
К-сть ВІЛ-інфікованих осіб	1647	1730	1832	1993	1969	1964	1990	2336	2424	2500
У розрахунку на 100 тис.	141,9	149,1	157,8	171,9	170,3	170,5	173,4	204,7	214,3	219,2
К-сть хворих на СНІД	281	347	394	478	542	573	599	760	788	811
У розрахунку на 100 тис.	24,2	29,9	33,9	41,2	46,9	49,7	52,2	66,6	69,1	71,1

Аналіз кількості осіб, які перебувають на обліку у закладах охорони здоров'я Рівненської області з приводу ВІЛ-інфекції та СНІДу у 2015–2024 рр., свідчить про стійке зростання обох показників.

Кількість ВІЛ-інфікованих осіб, які перебувають під медичним наглядом, зросла з 1 647 у 2015 р. до 2 500 у 2024 р.. Особливо помітне збільшення відбулося після 2021 р. (1 990 випадків) — до 2 336 у 2022 р. та подальше зростання у 2023–2024 роках. Така тенденція має позитивне значення, оскільки свідчить про покращення виявлення, активне залучення пацієнтів до медичного супроводу та розширення доступу до АРТ. Зростання кількості осіб на обліку відображає підвищення охоплення диспансерним наглядом і контрольованість епідемічного процесу.

Водночас кількість хворих на СНІД також демонструє стійке зростання — з 281 особи у 2015 р. до 811 у 2024 р., тобто майже у 2,9 рази. Найбільш інтенсивне зростання спостерігалось у 2018–2022 рр. Ця тенденція є негативною,

оскільки свідчить про прогресування захворювання у частини пацієнтів, пізню діагностику ВІЛ-інфекції або несвоєчасний початок лікування.

Отже, збільшення кількості ВІЛ-інфікованих осіб на обліку можна розцінювати як позитивний результат удосконалення системи медичного нагляду та доступності терапії, тоді як зростання кількості хворих на СНІД вказує на необхідність посилення ранньої діагностики, підвищення прихильності до лікування та профілактики прогресування ВІЛ-інфекції.

Туберкульоз залишається актуальною медико-соціальною проблемою в Україні, а в окремих регіонах спостерігається зростання рівня захворюваності. Особливу загрозу становить поширення хіміорезистентного туберкульозу, а також його поєднання з ВІЛ-інфекцією, СНІДом і COVID-19, що значно ускладнює лікування та погіршує прогноз захворювання. Проблема туберкульозу має глобальний характер, оскільки значна частина населення світу інфікована мікобактеріями туберкульозу.

В Україні поширення туберкульозу тісно пов'язане із соціально небезпечними чинниками, зокрема наркоманією та зловживанням алкоголем. Вживання психоактивних речовин сприяє зниженню імунного захисту організму, формуванню ризикованої поведінки, погіршенню здатності до лікування та підвищує ризик розвитку коінфекцій, зокрема туберкульозу у поєднанні з ВІЛ-інфекцією. У деяких регіонах України спостерігається значний приріст випадків поєднаної патології туберкульозу та ВІЛ/СНІДу.

Алкоголь впливає на виникнення та перебіг туберкульозу, викликаючи розвиток застою в легенях, лейкоцитарну інфільтрацію стінок бронхів та альвеол. Підвищується проникність стінок судин з розповсюдженням на них запалення, спричиняє загальне виснаження організму, а отже при зловживанні алкоголем інфекційні захворювання вражають організм сильніше. І у випадку, якщо людина часто вживає алкоголь та є алкогольно залежною, він стає детермінантою туберкульозу.

Однією з причин поширення хіміорезистентних форм туберкульозу в Україні стало тривале недотримання стандартизованих підходів до лікування та

недостатній контроль за застосуванням протитуберкульозних препаратів у попередні роки, що сприяло формуванню стійкості збудника до терапії. У зв'язку з цим ефективна профілактика туберкульозу передбачає не лише удосконалення системи лікування, а й подолання факторів ризику, зокрема поширення наркоманії та алкоголізму [98].

Для оцінки епідемічної ситуації щодо захворюваності на туберкульоз органів дихання у Рівненській області провели аналіз статистичних показників за 2015–2024 роки, які узагальнено в таб. 2.26

Таблиця 2.26

Захворюваність на туберкульоз органів дихання в Рівненській області за 2015–2024 рр.

Рік	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
К-сть хворих	597	573	478	462	451	310	333	398	429	478
Показник на 100 тис.	51,65	49,36	41,96	39,84	39,01	26,81	30,16	34,69	37,39	41,71

Проведений аналіз захворюваності показує, що з 2015 до 2019 р. спостерігалася стійка тенденція до поступового зниження кількості хворих із 597 до 451 особи, що свідчить про ефективність превентивних заходів або природне загасання інтенсивності поширення патології. Проте у 2020 р. було зафіксовано різке скорочення показника до мінімального значення за весь період спостереження — 310 випадків. Починаючи з 2021 р. статистичні дані демонструють зворотну динаміку: зросла кількість хворих з 333 осіб до 478 у 2024 р.. Привертає увагу, що показник останнього звітнього р. (478 осіб) повністю співпадає з рівнем 2017 р.. Таким чином, попри загальне зниження захворюваності на 19,9% порівняно з базовим 2015 роком, висхідна тенденція останніх трьох років свідчить про необхідність перегляду стратегій контролю.

Тенденції, виявлені за результатами табличного аналізу (таб. 2.26), проілюстрували графічно на рис. 2.16

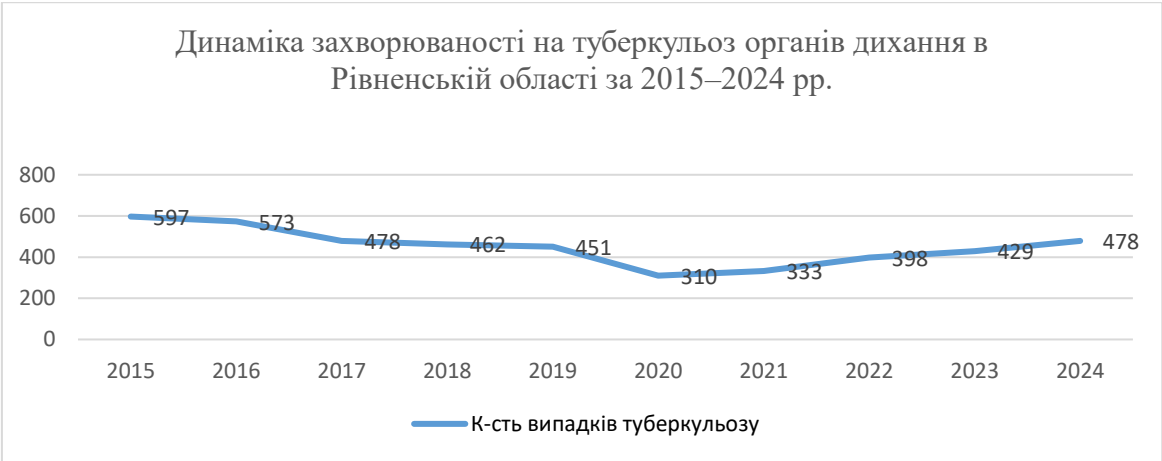


Рис. 2.16 – Динаміка виявлення захворювань на туберкульоз органів дихання в Рівненській області за 2015–2024 рр.

В Острозькій ТГ ситуація із захворюваністю на туберкульоз органів дихання за 2015–2024 рр. представлена у таблиці 2.27.

Таблиця 2.27

Кількість хворих на туберкульоз органів дихання в Острозькому районі/Острозькій ТГ за 2015–2024 рр. [15–24].

Рік	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
К-сть хворих	20	18	14	20	15	7	18	25	13	11
Пошир еність на 100 тис.	45,16	40,88	31,79	45,42	34,75	16,22	64,00	59,15	30,76	26,03

Аналіз динаміки захворюваності на туберкульоз органів дихання в Острозькому районі/Острозькій ТГ за період 2015–2024 років демонструє коливання показників. У початковий період спостереження, з 2015 по 2017 роки, фіксували поступове зниження кількості хворих з 20 до 14 осіб, проте вже у 2018 р. показник повернувся до рівня 2015 р. (20 осіб). У 2020 р. був мінімум — 7 випадків. Далі показники зростали (18 та 25 відповідно). У 2023–2024 роках знову спостерігається спад. Кількість хворих знизилася до 11 осіб у 2024 р., що є другим найнижчим результатом за весь період. Таким чином, загальна тенденція за десять років вказує на певне зниження захворюваності майже вдвічі

порівняно з базовим 2015 роком, проте велика різниця (від 7 до 25 випадків) свідчить про значну залежність статистичних даних від ситуативних факторів.

З метою кращого сприйняття динамічних змін показники подали у вигляді графіка (рис. 2.17)



Рис. 2.17 – Динаміка хворих на туберкульоз органів дихання в Острозькому районі/Острозькій громаді за 2015–2024 рр.

Позитивним аспектом є те, що Україна загалом, а також Рівненська область зокрема, належать до регіонів із низьким рівнем ендемічності вірусних гепатитів. Водночас втішні результати епідеміологічного моніторингу можуть формувати хибне уявлення про повне епідемічне благополуччя. Це зумовлено тим, що, за оцінками фахівців у світі, значна частка інфікованих осіб тривалий час не поінформована про наявність захворювання через маловиражені або відсутні клінічні симптоми на початкових етапах перебігу інфекції [8, 27, 98].

Епідемія ВІЛ-інфекції/СНІДу, вірусних гепатитів В і С та туберкульозу в Україні, зокрема серед людей, які вживають наркотики ін'єкційним шляхом, є однією з ключових проблем громадського здоров'я, що потребує посиленої уваги та впровадження ефективних стратегій профілактики й епідеміологічного моніторингу. Інфікування осіб цієї групи становить загрозу не лише для їхнього індивідуального здоров'я, а й для суспільства загалом через високий ризик подальшого поширення зазначених захворювань у спільнотах [109].

2.4. Вплив соціально-економічних та військових факторів на поширеність алкоголізму та наркоманії

Важливим аспектом сучасного стану громадського здоров'я є зміна структури споживання психоактивних речовин як наслідок соціальної дестабілізації та воєнних дій. В умовах затяжного збройного конфлікту спостерігається прямий зв'язок між зниженням рівня життя та прагненням втекти від реальності. Обмеження купівельної спроможності населення в поєднанні з безперервним стресом створює передумови для переходу від відносно контрольованих форм релаксації до вживання більш небезпечних, низькоякісних та доступних замінників. Зокрема, зростає ризик поширення синтетичних наркотиків та сурогатного алкоголю, що мають значно вищий токсичний вплив та швидше викликають незворотні зміни в організмі [45, 49, 56]

Додатковим обтяжуючим фактором виступає масова вимушена міграція, яка призводить до руйнування звичного соціального мікросередовища. Втрата стабільних соціальних зв'язків — сім'ї, друзів, професійного оточення — нівелює систему зовнішнього соціального контролю та підтримки, що фактично позбавляє особистість соціального імунітету проти залежностей. У стані соціальної ізоляції та дезорієнтації вживання ПАР часто стає хибним механізмом адаптації, спрямованим на короточасне зниження психоемоційної напруги [56].

Особливу клінічну та соціальну занепокоєність викликає категорія осіб із так званою подвійною патологією або коморбідними станами. У таких випадках вживання алкоголю чи наркотичних речовин не є первинною проблемою, а виступає специфічною формою самолікування для полегшення тяжких симптомів недіагностованого або нелікованого посттравматичного стресового розладу (ПТСР), тривожних станів чи депресії. Пацієнти намагаються штучно пригнітити панічні атаки, безсоння або нав'язливі спогади (флешбеки), що неминуче призводить до формування стійкої залежності, яка маскує основне психічне порушення.

Дана ситуація потребує кардинального перегляду підходів до надання медичної допомоги. Традиційні методи, що фокусуються виключно на детоксикації, виявляються неефективними в умовах воєнного часу. Необхідним є впровадження інтегрованих протоколів лікування, які передбачають одночасний терапевтичний вплив як на психічну травму, так і на адиктивну поведінку. Тільки комплексний підхід, що поєднує фармакотерапію, спеціалізовану психотерапію травми та заходи соціальної реінтеграції, дозволить розірвати замкнене коло «травма — залежність» та запобігти довгостроковій маргіналізації значної частини суспільства, особливо серед ветеранів війни, учасників бойових дій та постраждалого цивільного населення.

У сучасних умовах спостерігається суттєве посилення впливу різноманітних негативних чинників на особистість, що спричиняє загострення відчуттів страху, невизначеності, невпевненості, розгубленості та, подекуди, розчарування. Динамічність і суперечливість сучасного суспільства в умовах військового стану, зумовлюють дедалі глибше втручання в особистісний простір людини, що негативно відображається на загальному стані її здоров'я, зокрема на психологічному благополуччі.

Незадоволеність життям, а також недостатня здатність ефективно долати життєві труднощі можуть сприяти формуванню різних форм залежної поведінки, зокрема алкогольної, наркотичної або ігрової. Такі явища часто пов'язані з порушеннями психосоціального розвитку особистості та її невідповідністю сучасним соціально-економічним, політичним, інформаційним, технологічним і екологічним умовам суспільства [54].

У 2022 р. Інститут психіатрії, судово-психіатричної експертизи та моніторингу наркотиків МОЗ України у співпраці з молодіжним рухом Teenenergizer та Європейським моніторинговим центром з наркотиків та наркозалежності провів онлайн-опитування. Метою цього опитування було з'ясувати, яким чином повномасштабна війна розв'язана російською федерацією 24 лютого 2022 р., вплинула на українську молодь у віці від 13 до 34 років в контексті психічного здоров'я, вживання алкоголю та наркотичних речовин.

Отримали 1 512 заповнених анкет. Респонденти належали до таких вікових груп: 15–16 років (25,5%), 17–18 років (29,0%) та 19–24 років (27,7%). 84,6% опитаних були жіночої статі і 46% проживали на півночі України (місто Київ, Київська область, Чернігівська область, Сумська область, Житомирська область). 43,7% респондентів не змінювали місце проживання через військові дії, в той час як 31,5% опитуваних евакуювалися в межах України, і 24,8% виїхали за кордон. Результати показали, що 18,8% респондентів мали досвід уживання наркотичних речовин, причому найпоширенішою серед них був канабіс, тоді як частка споживачів інших речовин (MDMA, амфетаміну, LSD) була значно нижчою. Серед тих, хто вживав наркотики, 53,5% не відзначили змін у своїй поведінці після початку війни, 26,6% припинили вживання, а 3,5% повідомили, що почали вживати наркотики вже після 24 лютого 2022 р. [60]. Щодо алкоголю, 83% респондентів зазначили, що вживають алкогольні напої, проте 20% припинили його вживання, 15% зменшили обсяги споживання, а приблизно половина не відчула змін. Водночас опитування засвідчило суттєве погіршення психічного здоров'я молоді: близько 83% учасників повідомили про негативний вплив війни на свій психологічний стан, а понад третина оцінила його як поганий або дуже поганий.

Полівживання частіше спостерігається серед підлітків із числа внутрішньо переміщених осіб (18,2% проти 5,7%), осіб, які зазнали вимушеного переміщення (13,1% проти 4,6%), а також тих, хто пережив травматичний вплив воєнних подій (10,6% проти 3,3%). Аналогічно до загальних тенденцій уживання наркотичних речовин, поширеність полівживання є вищою серед підлітків із сімей із низьким та високим рівнем матеріального забезпечення порівняно з особами, які характеризуються середнім або вище середнього рівнем добробуту [60].

На рис. 2.18 показано відсоток осіб, які зазнали травматичного впливу війни.

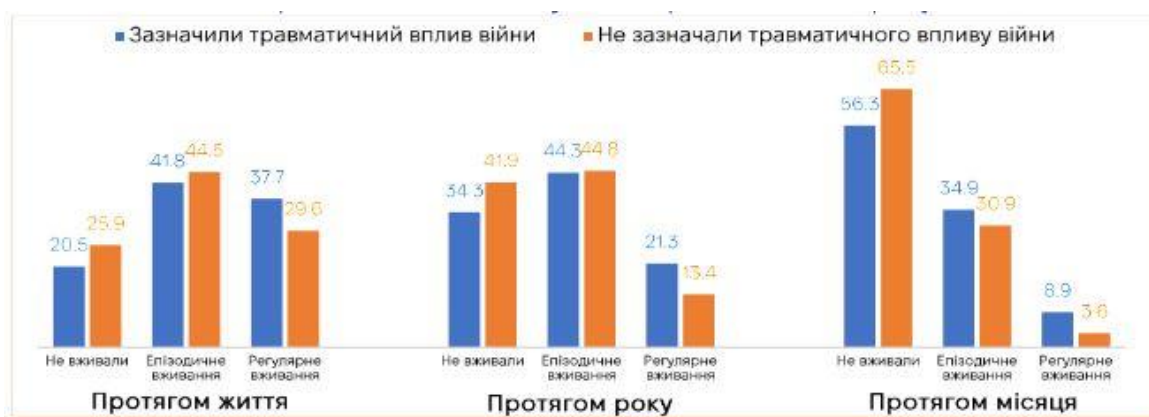


Рис. 2.18 – Наявність травматичного впливу війни протягом життя, р., місяця [60].

Результати дослідження ESPAD засвідчують наявність зв'язку між травматичним досвідом, пов'язаним із війною, та частотою вживання алкоголю серед підлітків. Зокрема, серед респондентів, які пережили такий досвід, показники регулярного споживання алкоголю є вищими: протягом життя — 37,7% (порівняно з 29,6% серед тих, хто не мав подібного досвіду), протягом останнього р. — 21,3% (проти 13,4%), а протягом останнього місяця — 8,9% (проти 3,6%) [60].

Отримані дані також демонструють виражений вплив війни на поведінкові практики підлітків щодо вживання алкоголю. Серед осіб, які зазначають, що війна вплинула на їхнє життя, регулярне споживання алкоголю протягом життя зафіксовано у 35,8% хлопців і 39,4% дівчат; протягом останнього р. — у 22,0% хлопців і 20,7% дівчат; протягом останнього місяця — у 10,0% хлопців і 7,8% дівчат [60].

Водночас епізодичне вживання алкоголю протягом життя частіше спостерігається серед підлітків, які не повідомляють про вплив війни на власне життя. Разом із тим щодо вживання алкоголю протягом останнього р. відмінності між цими групами є незначними. Щодо показників останнього місяця, рівень епізодичного споживання алкоголю є вищим серед підлітків, які відзначають вплив війни, порівняно з їхніми однолітками, які такого впливу не зазнали [60].

Повномасштабне вторгнення російських військ на територію України 24 лютого 2022 р. спричинило появу нових викликів у діяльності психологічних

служб. Особи, які повертаються із зони бойових дій або перебувають на ротації, у більшості випадків демонструють ознаки гострої стресової реакції, зумовленої бойовою травмою. Такі стани можуть з часом трансформуватися у гострі, хронічні або відстрочені форми посттравматичного стресового розладу. Практичний досвід засвідчує, що серед цієї категорії осіб також часто спостерігаються прояви алкогольної та наркотичної залежності, а також стійкі депресивні розлади [32].

Хронічний стрес, спричинений постійною загрозою життю та втратою майна, у поєднанні з економічною депресією, створює підґрунтя для масової психологічної дезадаптації, де алкоголь та наркотичні речовини починають виконувати роль патологічних стабілізаторів емоційного стану.

Глибоке розуміння цих деструктивних механізмів є критично важливим етапом для розробки та впровадження науково обґрунтованих, цільових програм реабілітації. Традиційні методи лікування залежностей у поствоєнний період потребують суттєвої модифікації, оскільки вони мають бути орієнтовані не лише на фізіологічну відмову від психоактивних речовин, а й на глибоке пропрацювання наслідків травми. Програми допомоги повинні мати мультидисциплінарний характер, об'єднуючи зусилля наркологів, психологів, соціальних працівників та фахівців із реабілітації.

Кінцева мета таких стратегій не просто клінічне одужання пацієнта, а його повноцінне повернення до соціального життя. Це передбачає відновлення втрачених професійних навичок, стабілізацію сімейних стосунків та формування нових, здорових копінг-стратегій (механізмів подолання стресу), які б дозволили постраждалим групам — як ветеранам, так і цивільному населенню — ефективно функціонувати в соціумі без звернення до психоактивних стимуляторів. Тільки через системний підхід, що враховує специфіку воєнного досвіду кожної окремої особистості, можливо мінімізувати довготривалі негативні наслідки та забезпечити стійке відновлення людського капіталу України.

Психіатри та психологи активно досліджують психічні наслідки участі у військових діях, зокрема посттравматичний стресовий розлад, синдром

хронічної втоми, бойову психічну травму та інші порушення. Поняття посттравматичного стресового розладу набуло широкого застосування у психіатричній практиці під час оцінювання психічного стану ветеранів війни та учасників подальших локальних військових конфліктів.

Водночас у багатьох країнах світу серед населення фіксувалися соціально-стресові розлади, що виникали в умовах трансформації суспільної свідомості, зміни способу життя та порушення усталених моделей поведінки. На відміну від посттравматичних розладів і гострих реакцій на психотравмуючі події, соціально-стресові розлади зумовлені переважно соціально-економічними чинниками.

Такі порушення можуть сприяти зростанню рівня алкогольної та наркотичної залежності, розвитку невротичних станів, а також виникненню різних психосоматичних і соматичних захворювань, зокрема артеріальної гіпертензії, виразкової хвороби, цукрового діабету, глаукоми та інших патологій. [93].

Важливе значення має також удосконалення нормативно-правового регулювання діяльності, пов'язаної зі зберіганням і застосуванням наркотичних лікарських засобів у військових підрозділах під час надання тактичної догоспітальної допомоги та медичної допомоги на ранніх етапах евакуації поранених у зоні бойових дій. Це дозволить забезпечити своєчасний доступ військовослужбовців із травмами та пораненнями до ефективного знеболення та необхідного лікування.

Таким чином, лише комплексна, узгоджена та системна реалізація заходів, спрямованих на медичну і психологічну підтримку військовослужбовців та цивільного населення в умовах воєнного стану, є важливою передумовою подолання наслідків воєнних дій і забезпечення ефективної протидії збройній агресії.

Висновки до Розділу 2

Комплексний аналіз показників захворюваності на алкоголізм, наркоманії та супутні інфекційні патології в Україні, Рівненській області та Острозькій ТГ за період 2015–2024 років дозволяє констатувати наявність глибоких структурних змін у стані громадського здоров'я. Узагальнення статистичних даних свідчить, що динаміка поширення залежностей має нелінійний характер: після періоду відносної стабілізації та поступового зниження показників у 2015–2019 роках, відбулася дестабілізація епідемічного процесу під впливом пандемії COVID-19 та повномасштабної російської військової агресії. Встановлено, що 2020–2021 роки характеризувалися штучним статистичним спадом реєстрації нових випадків, що пояснюється обмеженням доступу до діагностичних послуг, тоді як період 2022–2024 років демонструє виражену реактивацію та зростання захворюваності, особливо на локальному рівні Острозької територіальної громади, де показники по окремих нозологіях досягли десятирічного максимуму.

Аналіз супутніх інфекційних захворювань — вірусних гепатитів А, В, С, ВІЛ-інфекції та туберкульозу — виявив їхню тісну кореляцію з поширеністю ін'єкційної наркоманії. Попри загальнодержавну тенденцію до зниження смертності від СНІДу завдяки розширенню АРТ, частка інфікування через вживання наркотиків залишається критично високою. Виявлено, що хронічний гепатит С продовжує формувати основне епідемічне навантаження, а циклічні підйоми захворюваності на гепатит А та туберкульоз у 2022–2024 роках вказують на погіршення загальних санітарно-гігієнічних умов та зниження імунобіологічної резистентності населення в умовах тривалого стресу.

Упродовж досліджуваного періоду у Острозькій ТГ реєструвалися поодинокі випадки вірусних гепатитів, що свідчить про відносно низький рівень захворюваності. Найбільша кількість випадків спостерігалася у 2015–2017 рр., після чого відзначається поступове зниження показників з епізодичними підйомами у наступні роки.

Туберкульоз залишається актуальною медико-соціальною проблемою в Україні. Аналіз динаміки захворюваності на туберкульоз у Рівненській області за період 2015–2024 рр. показує, що у першій половині досліджуваного періоду спостерігалася тенденція до зниження кількості вперше виявлених випадків. У 2020 р. зафіксували мінімум хворих. Починаючи з 2022 р., на фоні повномасштабного вторгнення та пов'язаних із ним міграційних процесів, спостерігається стійке зростання захворюваності. Показник 2024 р. в Рівненській області фактично повернувся до рівнів 2017 р.. Занепокоєність викликає зростання частки мультирезистентного туберкульозу, що суттєво ускладнює процес лікування та збільшує навантаження на бюджетну систему охорони здоров'я.

На локальному рівні Острозької територіальної громади динаміка захворюваності характеризується вираженою нестабільністю. Якщо у 2015–2016 рр. показники трималися на рівні 18–20 випадків, то у 2020 р. було зафіксовано лише 7 випадків. Подальший стрибок до 25 випадків у 2022 р. став найвищим показником за десятиліття, що можна пояснити як активізацією скринінгових заходів, так і погіршенням умов життя та стресовим фактором, який є тригером для реактивації латентної туберкульозної інфекції. Станом на 2024 рік у громаді зареєстровано 11 випадків, що є позитивним сигналом щодо посилення контролю, проте необхідно здійснювати моніторинг у групах ризику.

Підсумовуючи аналіз по всіх нозологіях (гепатити, ВІЛ/СНІД, туберкульоз), можна зробити висновок, що 2020–2021 рр. стали періодом штучного статистичного затишшя, після якого відбулася очікувана реактивація епідемічних процесів. Спільним викликом для Рівненської області та Острозької ТГ залишається необхідність адаптації програм громадського здоров'я до умов воєнного стану, забезпечення сталого доступу до діагностики та формування прихильності пацієнтів до тривалого лікування, що є єдиним шляхом до досягнення цілей елімінації інфекційних захворювань до 2030 р.

Подолання наслідків воєнної агресії потребує не лише медичного втручання, а й довгострокової державної політики соціальної реінтеграції

постраждалих груп, спрямованої на відновлення соціального імунітету та психічного благополуччя нації.

РОЗДІЛ 3

ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ КООРДИНАЦІЇ ТА ЕФЕКТИВНОСТІ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОГО НАГЛЯДУ

3.1 Організація епіднагляду та проведення моніторингу за наркоманіями та алкоголізмом і профілактика захворювань на регіональному рівні

В Україні ЕПН здійснює система Державної санітарно-епідеміологічної служби, координацію якої забезпечує МОЗ України. На національному рівні організацію ЕПН проводить ЦГЗ МОЗ України, а на регіональному та місцевому рівнях —обласні ЦКПХ.

Місія ДУ «Рівненського обласного ЦКПХ МОЗ» — «захист здоров'я українців, запобігання загрозам, реагування на спалахи захворювань і надзвичайні ситуації. Вони контролюють інфекційну, неінфекційну, хімічну, біологічну, радіаційну або ядерну ситуацію, щоб вчасно проаналізувати безпечність середовища для життя та здоров'я населення. Користуються сучасними науковими методами й передовими світовими практиками для дослідження, прогнозування, виявлення та реагування на спалахи хвороб і надзвичайні ситуації. Спільно з партнерами інформують населення про здоровий спосіб життя, ризики та загрози здоров'ю» [89].

Організація ЕПН і моніторингу за наркоманіями та алкоголізмом на регіональному рівні здійснюється відповідно до завдань діяльності ЦГЗ МОЗ. У логічному продовженні завдань щодо збору, обробки, аналізу та поширення медико-статистичних даних, регіональний рівень забезпечує практичну імплементацію цих функцій у сфері протидії наркоманіям та алкоголізму.

У Рівненській області моніторинг наркотичної та алкогольної ситуації передбачає систематичний збір інформації від суб'єктів реалізації державної політики у сфері обігу психотропних речовин і алкогольних напоїв, а також аналіз показників, що відображають тенденції поширеності вживання,

доступність профілактичних, діагностичних і лікувальних послуг, даних по захворюваннях вірусними гепатитами А, В, С, ВІЛ-інфекцією, туберкульозом, ефективність заходів протидії незаконному обігу наркотичних речовин. Отримані дані використовуються для оцінки динаміки процесів, виявлення регіональних особливостей та формування аналітичних висновків [89].

Важливим напрямом є прогнозування розвитку наркологічної ситуації з урахуванням соціально-економічних детермінант, а також підготовка обґрунтованих пропозицій щодо зниження рівня вживання психоактивних речовин і споживання алкоголю. Для цього розробляють та координують впровадження регіональних програм моніторингу, оцінюють ризики для здоров'я населення та готують пропозиції до управлінських рішень щодо розширення доступу до профілактики, програм зменшення шкоди, діагностики й лікування розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин [90].

Координаційна функція передбачає взаємодію закладів громадського здоров'я, органів місцевого самоврядування та інших установ, що залучені до збору та аналізу інформації. Це необхідно для узгодження дій, стандартизації підходів до оцінки показників та формування єдиної аналітичної бази. Додатково проводять регіональні дослідження щодо поширеності, структури та основних характеристик вживання психоактивних речовин і алкоголю [90].

Окреме значення має розвиток міжнародного співробітництва та впровадження кращих світових практик моніторингу наркологічної ситуації, що сприяє підвищенню якості аналітичної роботи та наближенню регіональної системи ЕПН до міжнародних стандартів.

Таким чином, система регіонального ЕПН забезпечує не лише збір статистичної інформації, а й її аналітичну інтерпретацію, прогнозування тенденцій та формування управлінських рішень у сфері профілактики й протидії наркоманіям та алкоголізму.

Важливою складовою діяльності системи громадського здоров'я є формування та аналітичне узагальнення інформації на національному рівні. Передбачається підготовка і публікація щорічної доповіді про стан здоров'я

населення України та епідемічну ситуацію з подальшим поданням її до уповноваженого органу управління. Такий звіт є інструментом стратегічного планування, оскільки відображає ключові тенденції захворюваності, поширеності інфекційних і неінфекційних хвороб, а також зміни показників середовища життєдіяльності. Узагальнені звіти оприлюднюються, що забезпечує відкритість та прозорість системи громадського здоров'я.

Важливим напрямом аналітичної роботи є встановлення причинно-наслідкових зв'язків виникнення та поширення інфекційних і неінфекційних захворювань. Такий підхід дозволяє не лише фіксувати статистичні показники, а й визначати чинники ризику, соціальні та екологічні детермінанти, що впливають на формування захворюваності, у тому числі у сфері залежностей [35].

Ефективність ЕПН забезпечується також через системну взаємодію з органами державної статистики. Відбувається взаємний обмін інформацією, узгодження методологічних підходів, удосконалення програмно-технологічних рішень і стандартизацію статистичних показників. Це сприяє підвищенню достовірності та уніфікації даних [35].

Окремий стратегічний напрям полягає у модернізації системи збору та групування медичної статистичної інформації відповідно до вимог європейських інституцій, зокрема Eurostat. Уніфікація статистичних підходів із європейськими стандартами створює передумови для інтеграції України до єдиного інформаційного простору у сфері громадського здоров'я в Європі та забезпечує міжнародну зіставність показників [36].

Таким чином, регіональний моніторинг наркологічної та епідемічної ситуації органічно поєднується із загальнодержавною системою аналітичної звітності, формуючи цілісну модель ЕПН, що охоплює збір даних, їх аналітичну інтерпретацію, прогнозування та стратегічне управління у сфері охорони здоров'я.

ЕПН за наркоманіями та алкоголізмом на Рівненщині за 2015–2024 рр. включає моніторинг поширеності залежностей, аналіз впливу війни на психічне

здоров'я та впровадження профілактичних заходів. У Рівненській області функціонує система, що об'єднує заклади охорони здоров'я (в т.ч. психіатричні та наркологічні) для контролю ситуації та запобігання поширенню ПАР. Аналіз даних свідчить про стабільну частку надмірного вживання алкоголю (14%) при зростанні вживання важких ПАР та седативних препаратів серед молоді [60].

Серед ЦСР ООН на 2015–2030 рр. третьою ціллю є «Міцне здоров'я та благополуччя». Розлади, пов'язані зі вживанням психоактивних речовин та алкоголю, залишаються масштабною кризою громадського здоров'я в усьому світі. За даними звіту ООН та ВООЗ про глобальний стан здоров'я та алкоголю, за оцінками, 400 мільйонів людей у світі живуть із порушеннями, пов'язаними зі вживанням психоактивних речовин та алкоголю. Крім того, шкідливе вживання алкоголю щорічно призводить до мільйонів смертей, яким можна було запобігти, що серйозно перешкоджає загальному прогресу в досягненні ЦСР на період до 2030 р. [99]

Ціль 3.5. ЦСР спрямована на значне зменшення глобального тягаря зловживання наркотиками та алкоголем для здоров'я, соціального та економічного стану. Для досягнення цієї мети ООН приділяє значну увагу розширенню доступу до послуг психічного здоров'я, лікуванню залежності на основі доказової медицини та цілеспрямованим стратегіям профілактики у сфері громадського здоров'я в усьому світі [99].

Для виконання цілі 3.5 Глобальний порядок денний наголошує на кількох інтегрованих підходах, що контролюються головним чином ВООЗ та Управлінням ООН з наркотиків і злочинності (УНЗ ООН):

- Впровадження скринінгу, коротких інтервенцій та структур зменшення шкоди для запобігання небезпечному вживанню;
- Розширення доступних, якісних систем реабілітації та підтримки для людей з розладами, пов'язаними зі вживанням психоактивних речовин;
- Навчання підлітків та вразливих груп населення для підвищення стійкості до тиску однолітків та початку вживання психоактивних речовин.

Для відстеження прогресу у виконанні ЦСР ООН запропоновано вимірювати успішне виконання цієї цілі за допомогою конкретних, заснованих на даних показників:

- Індикатор 3.5.1: Охоплення лікувальними інтервенціями розладів, пов'язаних зі вживанням психоактивних речовин;
- Індикатор 3.5.2: Шкідливе вживання алкоголю, що визначається як загальне споживання чистого алкоголю на душу населення (15+років) протягом календарного року [99].

У сфері ВІЛ/СНІДу та туберкульозу організація ЕПН є ключовим інструментом оцінки масштабів епідемії, визначення груп ризику та моніторингу ефективності державних програм.

Формування системи ЕПН за ВІЛ/СНІДом в Україні відбувався відповідно до міжнародних підходів, запропонованих UNAIDS (*Joint United Nations Programme on HIV/AIDS*) та ВООЗ. На початковому етапі застосовувався так званий нагляд першого покоління, який ґрунтувався переважно на обліку лабораторно підтверджених випадків і відображав загальну поширеність інфекції серед населення. Такий підхід давав базову інформацію, однак не дозволяв повною мірою оцінити фактори ризику та особливості передачі вірусу [35].

Пізніше було впроваджено нагляд другого покоління. Його особливістю стало поєднання рутинної реєстрації випадків із дозорними (сентинельними) та біоповедінковими дослідженнями. До системи моніторингу було включено вивчення поведінкових чинників, нагляд за інфекціями, що передаються статевим шляхом, а також моніторинг туберкульозу. Основна увага зосереджувалася на групах підвищеного ризику інфікування. Такий підхід дозволив глибше зрозуміти механізми поширення ВІЛ та ефективніше планувати профілактичні заходи.

Подальшим етапом став нагляд третього покоління, який передбачає розширений аналіз перебігу епідемічного процесу. Він охоплює оцінку впливу АРТі, моніторинг смертності серед ВІЛ-інфікованих осіб, вивчення

прихильності до лікування, контроль розвитку медикаментозної резистентності та дослідження генетичних варіантів вірусу. Такий формат дозволяє оцінювати не лише масштаби інфікування, а й результати лікування та довгострокові тенденції [35].

Змінилася і система офіційної реєстрації випадків ВІЛ в Україні. До початку 2000-х років вона була обмеженою та не відображала повної картини епідемії. У 2005–2012 роках діяла оновлена система звітності, яка передбачала збір даних з усіх закладів охорони здоров'я, включаючи військові та пенітенціарні установи. З 2013 р. почали враховувати кількість обстежених осіб замість кількості тестів, розширили перелік показників, включили дані щодо вірусних гепатитів В і С, поведінкових факторів та випадків смерті серед ВІЛ-інфікованих. Це забезпечило більш повну та стандартизовану інформацію для національного та міжнародного моніторингу.

З метою цифровізації процесів було створено медичну інформаційну систему «ВІЛ-інфекція в Україні», яка функціонує як єдине сховище епідеміологічних і клінічних даних. Вона використовується для моніторингу лікування, планування закупівель препаратів та оцінки ефективності програм протидії ВІЛ. Впровадження електронних систем стало важливим кроком у підвищенні якості управління даними.

Окремим компонентом системи є біоповедінкові дослідження, що поєднують лабораторне тестування з аналізом поведінкових практик серед ключових груп населення. Такі дослідження дозволяють визначати реальні масштаби інфікування у групах підвищеного ризику та коригувати профілактичні програми відповідно до отриманих результатів.

Отже, епідеміологічний нагляд за ВІЛ/СНІДом в Україні еволюціонував від простої системи реєстрації випадків до комплексної багаторівневої моделі, що інтегрує медичні, поведінкові та аналітичні компоненти. Сучасний підхід забезпечує більш точну оцінку епідемічної ситуації та сприяє ефективному плануванню заходів профілактики і лікування.

У 2018–2021 рр. в Україні було розроблено документи, спрямовані на посилення системи ЕПН за ВІЛ-інфекцією та підвищення ефективності використання стратегічної інформації. Одним із ключових документів стала Національна стратегія тестування на ВІЛ на 2019–2030 роки, яка визначає тестування як базовий елемент протидії епідемії та забезпечення доступу до профілактики, лікування, догляду і підтримки [59].

У цей період також провели комплексну оцінку єдиної системи моніторингу та оцінки ефективності заходів протидії ВІЛ на національному й регіональному рівнях. За результатами оцінювання визначили основні напрями вдосконалення системи збору, аналізу та використання даних, що дозволяє підвищити якість планування профілактичних програм і управлінських рішень.

Важливим напрямом стало забезпечення сталості інтегрованих біоповедінкових досліджень серед ключових груп населення. Крім того, підготували збірники стандартних операційних процедур щодо впровадження нагляду за ВІЛ-асоційованою смертністю та системи моніторингу випадків недавньої ВІЛ-інфекції із використанням спеціальних тестів. Запровадження цих інструментів сприяє точнішому визначенню тенденцій епідемії, оцінці ефективності лікування та своєчасному реагуванню на зміни в структурі захворюваності.

Ці документи розробили в межах проєкту SIlab «Підтримка системи епідеміологічного нагляду за ВІЛ і системи управління/поліпшення якості лабораторій Міністерства охорони здоров'я України, покращення використання стратегічної інформації та розбудова потенціалу громадської охорони здоров'я в рамках Надзвичайної ініціативи Президента США з надання допомоги у боротьбі з ВІЛ/СНІД (PEPFAR)» [37]. У сукупності ці заходи спрямовані на модернізацію системи ЕПН, підвищення якості стратегічної інформації та зміцнення потенціалу громадського здоров'я України у сфері протидії ВІЛ-інфекції.

Профілактика захворювань здійснюється на трьох рівнях. Первинна профілактика спрямована на запобігання виникненню хвороб шляхом усунення

факторів ризику. Вона включає формування здорового способу життя, профілактику наркоманії та алкоголізму, вакцинацію проти інфекційних захворювань, санітарно-гігієнічні заходи та інформаційно-просвітницькі програми щодо ризиків інфікування ВІЛ, вірусними гепатитами та туберкульозом.

Вторинна профілактика передбачає раннє виявлення захворювань і своєчасне лікування. До її заходів належать скринінгові програми, тестування на ВІЛ, вірусні гепатити та туберкульоз серед груп підвищеного ризику, регулярний медичний нагляд за особами з наркотичною та алкогольною залежністю, а також медикаментозна профілактика у вразливих групах населення.

Третинна профілактика спрямована на запобігання ускладненням і зниження рівня інвалідизації у пацієнтів із хронічними захворюваннями. Вона включає лікування залежностей, АРТ при ВІЛ-інфекції, лікування туберкульозу та вірусних гепатитів, реабілітаційні програми, психологічну підтримку та соціальну адаптацію пацієнтів.

Ключовою умовою ефективної профілактики є налагодження комунікації у сфері громадського здоров'я. Це передбачає визначення цільових груп ризику, підготовку доступних інформаційних матеріалів, використання науково обґрунтованих даних, адаптацію повідомлень до культурних особливостей населення та активне залучення засобів масової інформації й громадських організацій.

Ефективна профілактика вживання психоактивних речовин має бути спрямована на зменшення ризикованої поведінки через підвищення рівня обізнаності населення, розвиток критичного мислення та формування життєвих навичок, що допомагають дітям, підліткам і дорослим утримуватися від уживання алкоголю та інших психоактивних речовин або відтермінувати перший досвід їх використання. Важливим є також вплив на фактори ризику на макро- і мікрорівнях та зміцнення факторів захисту, зокрема шляхом просвітницької діяльності, формування відповідального ставлення до здоров'я,

раннього виявлення проблем психічного здоров'я, створення сприятливого освітнього середовища та підвищення батьківської компетентності.

Ефективна система профілактики потребує міжсекторальної взаємодії органів державної влади, громадських організацій і бізнесу на національному, регіональному та місцевому рівнях. Комплексний підхід передбачає інформування населення про ризики вживання психоактивних речовин, популяризацію здорового способу життя, зменшення впливу несприятливих соціальних чинників та розвиток особистісних і соціальних ресурсів підтримки.

В Україні впроваджуються доказові підходи до первинної профілактики, зокрема перекладено Європейську програму науково обґрунтованої профілактики, що визначає ключові напрями роботи у сімейному, освітньому, професійному, медійному та громадському середовищах. Водночас окрема комплексна державна стратегія первинної профілактики для всіх вікових груп поки відсутня, а відповідні заходи реалізуються різними органами влади в межах їх повноважень через галузеві програми та ініціативи.

Дослідження свідчать, що перше знайомство з психоактивними речовинами найчастіше відбувається у підлітковому віці, тому рання профілактика серед молоді є ключовою умовою запобігання залежності в майбутньому. Разом із тим наявна система профілактики потребує вдосконалення, оскільки існуючі програми здебільшого обмежуються інформуванням і недостатньо охоплюють роботу з факторами ризику та захисту.

За даними Міністерства освіти і науки, у 2024–2025 н. р. в закладах освіти проведено 379,7 тис. заходів, спрямованих на профілактику вживання психоактивних речовин серед педагогів, учнів, студентів і батьків. Найбільшу частку становили інформаційні форми роботи — індивідуальні бесіди, виховні години, лекції та просвітницькі заходи, тоді як частка інтерактивних і доказово ефективних форматів залишалася незначною. Це свідчить про необхідність удосконалення підходів до профілактики, орієнтації на роботу з факторами ризику та впровадження національної стратегії первинної профілактики.

Станом на лютий 2025 р. в Україні функціонують 383 молодіжні центри та простори, які після початку повномасштабної війни переорієнтували діяльність на підтримку цивільного населення. У межах ініціативи «СпівДія» у 19 регіонах, і в Рівному також, працюють 25 хабів, що у 2024 р. надали понад 53 тис. послуг, зокрема психологічну допомогу та підтримку внутрішньо переміщених осіб [103].

У 2024 р. громадські організації реалізували проєкти, спрямовані на розвиток психічного здоров'я молоді та формування відповідального ставлення до здорового способу життя. Також здійснювалися фізкультурно-оздоровчі заходи, зокрема в межах проєкту «Активні парки — локації здорової України», який охопив понад 1,48 млн учасників і сприяв популяризації фізичної активності серед населення. Зараз на Рівненщині діє 64 спортивні локації з QR-кодами для тренувань у 47 громадах [1].

Розпорядженням голови Рівненської обласної державної адміністрації № 225 від 20 березня 2019 р. затверджено обласний план заходів щодо профілактики неінфекційних захворювань з метою досягнення ЦСР в Рівненській області. У межах реалізації цього документа територіальним громадам було рекомендовано розробити та впровадити відповідні місцеві програми, а також організувати проведення інформаційно-просвітницьких кампаній серед населення. Основною метою таких заходів є підвищення рівня обізнаності громадян щодо основних факторів ризику розвитку захворювань, зокрема поведінкових, соціально-економічних, чинників. [82]. Крім того, передбачалося проведення інформаційних кампаній, спрямованих на роз'яснення механізмів формування залежностей та висвітлення медичних, соціальних і економічних детермінант надмірного споживання алкоголю.

Для профілактики зловживання алкоголем забезпечити дотримання законодавства щодо обмеження роздрібної торгівлі алкоголем та постійного ефективного контролю за заборонаю продажу алкоголю особам, які не досягли 18 років, з метою обмеження доступу до алкоголю та ліквідації незаконної торгівлі ним [82]. Проводити дослідження щодо вживання алкогольних і слабоалкогольних напоїв

різними групами населення (особами, які не досягли 18 років, вагітними жінками і жінками, які годують груддю). забезпечення підготовки даних про кількість померлих у стані алкогольного сп'яніння у розрізі причин смерті, зокрема в результаті дорожньо-транспортних пригод.[82].

У Рівненській області систематично здійснюються профілактичні заходи, спрямовані на попередження поширення алкоголізму, наркоманій, ВІЛ-інфекції, вірусних гепатитів та туберкульозу, а також на формування відповідального ставлення населення до власного здоров'я. Зокрема, у 2020 р. було проведено 123 інформаційно-просвітницькі та профілактичні заходи, участь у яких взяли понад 48 тис. осіб. Ці заходи включали тематичні лекції, тренінги, інформаційні кампанії, розповсюдження просвітницьких матеріалів та інші форми комунікації, спрямовані на підвищення обізнаності населення щодо ризиків вживання психоактивних речовин, шляхів передачі інфекційних захворювань, а також можливостей їх профілактики, раннього виявлення та лікування [5].

Важливу роль у зміцненні громадського здоров'я в Рівненській області відіграють міжнародні та регіональні ініціативи, спрямовані на профілактику соціально значущих захворювань. Однією з таких є україно-швейцарський проєкт «Діємо для здоров'я», що реалізується на національному та регіональному рівнях і охоплює, зокрема, Рівненську область [34]. У межах проєкту в області було впроваджено низку локальних ініціатив у територіальних громадах, спрямованих на підвищення рівня обізнаності населення щодо здорового способу життя, профілактики залежностей та запобігання поширенню соціально-небезпечних інфекцій, зокрема ВІЛ-інфекції, вірусних гепатитів і туберкульозу.

У Бугринській територіальній громаді реалізували низку просвітницьких і соціальних ініціатив, спрямованих на формування здорових поведінкових моделей серед дітей, молоді та дорослого населення. Заходи включали проведення тренінгів, інформаційних кампаній, громадських активностей та консультацій щодо профілактики алкоголізму [107].

У Гощанській територіальній громаді реалізували заходи, спрямовані на залучення молоді та дорослого населення до здорового способу життя та підвищення рівня обізнаності щодо профілактики залежностей і соціально небезпечних інфекцій. У межах інформаційно-просвітницьких кампаній проводилися тренінги, майстер-класи та тематичні зустрічі, у яких взяли участь як місцеві жителі, так і внутрішньо переміщені особи. Загалом інформаційним впливом було охоплено понад тисячу осіб, а через медіа та соціальні мережі — значно ширшу аудиторію [108]. Подібні ініціативи були реалізовані й у Демидівській, Дядьковицькій та Здолбунівській територіальних громадах.

Профілактична діяльність щодо зменшення ризику передачі вірусних гепатитів В і С, ВІЛ-інфекції/СНІДу та туберкульозу в Рівненській області спрямована передусім на роботу з людьми, які вживають наркотики, особливо ін'єкційним шляхом. Вона реалізується в межах регіональної системи громадського здоров'я у взаємодії з ЦГЗ МОЗ України та неурядовими організаціями, що працюють у сфері профілактики соціально значущих захворювань [38].

Основний акцент зроблено на вторинній профілактиці ВІЛ-інфекції, зокрема через програми обміну голочок і шприців, інформування щодо безпечної поведінки та можливостей лікування. Паралельно здійснюється добровільне консультування і експрес-тестування на ВІЛ, вірусні гепатити В і С, сифіліс, а також скринінг на туберкульоз. Важливим компонентом є проведення соціологічних досліджень серед ЛВНІ з метою оцінки поширеності ризикованої поведінки та доступності послуг.

Система профілактики охоплює не лише самих споживачів наркотиків, а й людей, які живуть з ВІЛ у цій групі, осіб із супутнім туберкульозом чи вірусними гепатитами, а також їхніх партнерів і близьке соціальне оточення. Значна увага приділяється забезпеченню доступу до лікування наркозалежності, АРТ, лікування туберкульозу та вірусних гепатитів, а також послуг психолога, гінеколога та інших фахівців, зокрема для жінок із груп ризику. За потреби

клієнтів скеровують до програм реабілітації з подальшим соціальним супроводом [37, 39].

В області активно застосовується принцип «низькопороговості», що передбачає максимально спрощений і конфіденційний доступ до послуг. Такий підхід реалізується, зокрема, через роботу Рівненського обласного благодійного фонду «Наше Майбутнє». Мета його діяльності — налагодження ефективної комунікації між уразливими групами та системою охорони здоров'я. Він забезпечує реалізацію заходів із профілактики соціально-негативних явищ (наркоманії, безпритульності, ІПСШ), що безпосередньо впливають на поширення ВІЛ. Діяльність спрямована на пропаганду здорового способу життя, надання медичної допомоги та соціальний супровід осіб, які живуть з ВІЛ/СНІД і потребують особливої підтримки через стан здоров'я або матеріальне становище [95].

Профілактична робота здійснюється у форматі аустріч-діяльності, тобто безпосередньо в місцях перебування цільової групи — у мікрорайонах міста, поблизу місць концентрації споживачів наркотиків, у закладах охорони здоров'я, а також у пенітенціарних установах. Такий підхід довів свою ефективність, оскільки представники групи ризику рідко звертаються до офіційних медичних установ через стигматизацію та страх розголошення. Робота «в полі» дозволяє встановити довіру та охопити профілактичними заходами значно ширше коло осіб [41].

Наприклад, у межах реалізації заходів до Європейського тижня тестування та Всесвітнього дня боротьби зі СНІДом було проведено комплексну просвітницьку роботу на базі Рівненського професійного коледжу автомобільно-механічних технологій. Захід організовано зусиллями КП «Рівненська обласна інфекційна лікарня» у партнерстві з БО «Мережа» (РОБФ «Наше Майбутнє»). Ключовими напрямками взаємодії з учнівською молоддю стали питання превенції ВІЛ-інфекції, деконструкція соціальних міфів та подолання стигматизації вразливих груп. Інтерактивний формат заходу сприяв високому рівню залученості здобувачів освіти. Практична частина акції передбачала добровільне

анонімне консультування та експрес-тестування на наявність антитіл до ВІЛ, що підкреслює сталий характер співпраці [95].

Ще одним напрямом їх роботи є оптимізоване виявлення випадків ВІЛ-інфекції серед ЛВНІ. Своєчасне тестування на ВІЛ-інфекцію є ключовим етапом у системі медико-соціальної допомоги, оскільки саме воно відкриває доступ до подальшого лікування та підтримки. Пріоритетною метою цього напрямку є розширення охоплення АРТ серед представників групи ЛВНІ. Це досягається шляхом активного виявлення нових випадків інфікування безпосередньо в середовищі спільноти та подальшого супроводу клієнтів із використанням технології кейс-менеджменту [95].

У межах профілактичних програм ЛВНІ отримують комплексний пакет послуг, що включає: проведення добровільного тестування на ВІЛ-інфекцію, надання фахових консультацій щодо профілактики соціально небезпечних хвороб (ВІЛ, туберкульоз, вірусні гепатити), інформування про можливості доконтактної профілактики та формування навичок безпечної сексуальної та ін'єкційної поведінки. У разі отримання позитивного результату експрес-тесту клієнту забезпечується підтримка кейс-менеджера. Цей етап передбачає супровід пацієнта від моменту встановлення діагнозу до постановки на диспансерний облік та безпосереднього початку прийому АРТ. Це дозволяє мінімізувати ризик втрати зв'язку з пацієнтом, забезпечення мінімального профілактичного пакета, який включає надання стерильного інструментарію та засобів індивідуального захисту (презервативів, лубрикантів) медичними установами, громадським сектором та закладами професійної освіти [95].

До реалізації програм залучаються фахівці соціальної сфери, медичні працівники, психологи, юристи, а також особи з досвідом подолання залежності, що підсилює ефективність комунікації [41]. Діяльність мобільних амбулаторій та соціальний супровід клієнтів забезпечують безперервність допомоги. Для надання клієнтам послуг профілактики здійснюються виїзди мобільною амбулаторією у невеликі міста, селища міського типу для виявлення максимального числа позитивних осіб та їх подальшого супроводу для взяття під

медичний нагляд та початок АРТ, збільшення регулярності звернень за послугами. У Рівненській області є виїзди за такими напрямками: Рівне, Квасилів, Дубно, Вараш, Костопіль [95].

Програма обміну голок і шприців у Рівненській області продемонструвала результативність як інструмент зменшення шкоди, оскільки забезпечує споживачів стерильним ін'єкційним інструментарієм, мінімізуючи ризик передачі ВІЛ та вірусних гепатитів при спільному використанні обладнання. Конфіденційність, безоплатність і доступність таких послуг сприяють залученню максимальної кількості осіб із групи ризику до профілактичних програм [95].

Таким чином, профілактична модель у Рівненській області ґрунтується на принципах доступності, мультидисциплінарності, недискримінації та інтегрованого підходу, що відповідає сучасним стандартам громадського здоров'я та стратегії зменшення шкоди. Програми обміну шприців у Рівненській області розглядаються як один із найбільш ефективних інструментів безпосереднього впливу на зниження поширення ВІЛ-інфекції та вірусних гепатитів В і С серед людей, які вживають наркотики ін'єкційно. Їх сутність полягає у вилученні з обігу використаного та потенційно інфікованого ін'єкційного інструментарію й одночасному забезпеченні клієнтів безперешкодним доступом до стерильних шприців і голок. Такий підхід не лише мінімізує ризик передачі інфекцій, а й створює можливість для встановлення довірливого контакту між соціальним працівником і представниками цільової групи, що відкриває шлях до ширшої консультативної та мотиваційної роботи, спрямованої на формування безпечнішої поведінки та відповідального ставлення до власного здоров'я.

Окрім безпосереднього обміну інструментарію, значне місце посідає інформаційно-освітній компонент. Він охоплює підготовку та поширення профілактичних матеріалів (буклетів, брошур, листівок), проведення індивідуальних консультацій з медичних, психологічних, соціальних і правових питань, організацію тренінгів і семінарів, а також участь у конференціях і

публічних заходах. Інформаційні кампанії у засобах масової інформації та соцмережах спрямовані на попередження вживання наркотиків та зменшення стигматизації уразливих груп населення.

Комплексна профілактика ВІЛ-інфекції серед ЛВНІ у Рівненській області включає медичне та психологічне консультування, соціальну підтримку, добровільне й анонімне тестування на ВІЛ, вірусні гепатити В і С, скринінг на туберкульоз методом анкетування. За необхідності забезпечується індивідуальний супровід до профільних медичних закладів. Додатково здійснюється розповсюдження презервативів, направлення до вузьких спеціалістів та регулярний моніторинг потреб цільових груп.

Таким чином, система профілактичних заходів у Рівненській області поєднує інструменти зменшення шкоди, лікування залежності та соціальної підтримки, формуючи інтегровану модель протидії поширенню ВІЛ-інфекції, вірусних гепатитів і туберкульозу серед уразливих груп населення.

Ефективна профілактика наркоманії в регіоні можлива лише за умови відмови від моделі «лікування лише хворого», необхідно працювати з сім'єю [49].

3.2 Оцінка ефективності чинної системи епідеміологічного нагляду за наркоманіями та алкоголізмом на регіональному рівні

Ефективність системи ЕПН значною мірою визначається повнотою виявлення випадків захворювань, охопленням профілактичними заходами та якістю моніторингу факторів ризику. У сучасних умовах оцінювання ефективності ЕПН системи громадського здоров'я на регіональному рівні здійснюється з урахуванням показників захворюваності, поширеності, доступності профілактичних та лікувальних послуг, а також результативності інформаційно-освітніх і медико-соціальних заходів.

Одним із показників якості протиепідемічної роботи є виявлення та повнота охоплення профілактичним лікуванням та обстеженням контактних, що

показує співвідношення кількості хворих та кількості контактних, які охоплені обстеженням на наявність туберкульозної інфекції. Задовільним вважається показник на рівні 1:4, що свідчить про достатній рівень епідеміологічного контролю. У Рівненській області у 2024 р. цей показник був 1:3,8. Всього зареєстровано 1303 контактних з осередку з індексованим випадком [4].

Одним із сучасних інструментів профілактики ВІЛ-інфекції в межах системи ЕПН є впровадження програм доконтактної профілактики (Pre-Exposure Prophylaxis, PrEP). У 2024 р. в Україні було розпочато використання ін'єкційного препарату тривалої дії каботегравір, який застосовується для запобігання інфікуванню ВІЛ серед осіб із підвищеним ризиком зараження. Після успішної реалізації пілотних проєктів у місті Київ та Одеській області у 2025 р. цей підхід поступово почали впроваджувати і в інших регіонах держави, зокрема у Рівненській області.

Наприкінці 2025 р. Рівненська область отримала перші дози препарату Каботегравір для проведення доконтактної профілактики ВІЛ. На початковому етапі програми ін'єкційний препарат призначили двом пацієнтам, тоді як загалом регіон отримав обсяг препарату, розрахований приблизно на сім осіб на рік. Формування списку осіб, які можуть скористатися цим видом профілактики, здійснюється відповідно до медичних показань та епідеміологічних критеріїв ризику [77].

Ін'єкційна форма каботегравіру належить до препаратів пролонгованої дії: перша ін'єкція вводиться пацієнтові, наступна — через один місяць, а надалі препарат застосовується один раз на два місяці шляхом внутрішньом'язового введення. Такий режим прийому забезпечує високий рівень прихильності до профілактики та знижує ризик пропуску доз порівняно з щоденним прийомом таблетованих препаратів [77].

Доконтактна профілактика ВІЛ призначена передусім для так званих ключових груп населення, до яких належать ЛВНІ та їхні партнери, чоловіки, які мають секс із чоловіками, партнери людей, що живуть із ВІЛ, а також особи з підвищеним ризиком інфікування, зокрема люди, у яких діагностовано інфекції,

що передаються статевим шляхом. Окрім цього, таблетована форма доконтактної профілактики може застосовуватися серед інших груп підвищеного ризику, включно з внутрішньо переміщеними особами та військовослужбовцями [77].

Перед призначенням препарату пацієнти проходять комплексне безоплатне медичне обстеження, яке включає тестування на ВІЛ-інфекцію, вірусні гепатити та сифіліс, а також лабораторні дослідження для оцінювання функціонального стану печінки та нирок. Водночас уся інформація щодо пацієнтів зберігається з дотриманням принципів конфіденційності.

Таким чином, впровадження ін'єкційної доконтактної профілактики ВІЛ у Рівненській області є важливим елементом сучасної системи ЕПН та профілактики ВІЛ-інфекції. Використання інноваційних медичних технологій дозволяє підвищити ефективність профілактичних заходів, знизити ризик нових випадків інфікування та сприяти зменшенню епідемічного навантаження на систему охорони здоров'я [77]

До Всесвітнього дня боротьби зі СНІДом фахівці Рівненського обласного інформаційно-аналітичного центру медичної статистики 01 грудня 2025 року організували виїзну профілактично-діагностичну акцію у гуртожитку №6 Рівненського державного гуманітарного університету, де проживають внутрішньо переміщені особи. Основною метою заходу було підвищення рівня обізнаності населення щодо профілактики інфекцій, що передаються статевим шляхом, та формування відповідального ставлення до власного здоров'я.

У межах акції обстеження пройшли 56 осіб, які були протестовані на ВІЛ-інфекцію, сифіліс та вірусні гепатити. За результатами тестування жодного позитивного випадку не виявлено. Вік учасників коливався від 21 до 76 років, що свідчить про зацікавленість представників різних вікових груп у профілактичних медичних обстеженнях [9].

Окрім тестування на інфекційні захворювання, учасникам також проводили експрес-визначення рівня глюкози та холестерину в крові. У 12 осіб було зафіксовано підвищені показники, у зв'язку з чим вони отримали

консультації лікаря-терапевта та рекомендації щодо подальшого медичного спостереження.

Проведення подібних виїзних профілактичних заходів сприяє розширенню доступу населення до діагностичних послуг, підвищує рівень поінформованості щодо профілактики соціально значущих захворювань та є важливим елементом системи громадського здоров'я і епідеміологічного нагляду [9].

У межах надання технічної допомоги ВООЗ та у співпраці з ДУ «ЦГЗ МОЗ України» у Рівненській області проводяться освітні заходи, спрямовані на зміцнення спроможності системи охорони здоров'я щодо забезпечення універсального доступу населення до послуг діагностики, лікування та профілактики соціально значущих захворювань. Одним із таких заходів стало проведення тренінгів для керівників закладів первинної медичної допомоги різних форм власності з питань інтеграції послуг з профілактики та лікування ВІЛ-інфекції у роботу первинної ланки охорони здоров'я.

Основною метою тренінгів є впровадження комплексного підходу до надання медичної допомоги, що передбачає інтеграцію послуг з тестування на ВІЛ за ініціативою медичного працівника, розширення доступу до доконтактної та постконтактної профілактики ВІЛ, а також забезпечення своєчасної профілактики інфекцій, що передаються статевим шляхом, вірусних гепатитів та інших супутніх захворювань. Окрему увагу приділено організації медичної допомоги особам, які постраждали від гендерно зумовленого насильства, зокрема щодо проведення екстреної профілактики інфікування ВІЛ, інших інфекцій та небажаної вагітності [14].

Важливим напрямом навчальних заходів є підготовка медичних працівників до ефективної профілактики вертикальної передачі інфекцій від матері до дитини. У межах тематичних тренінгів розглядаються питання чинного законодавства у сфері протидії ВІЛ-інфекції, особливості ведення вагітних жінок, які живуть з ВІЛ, шляхи передачі інфекції від матері до дитини, а також сучасні методи профілактики вертикальної трансмісії ВІЛ, сифілісу та вірусного гепатиту В під час вагітності, пологів і в післяпологовий період.

Під час заходів представники ЦГЗ МОЗ України презентують сучасні підходи до організації профілактичної роботи, ЕПН та моніторингу медичних послуг, що надаються населенню. Особлива увага приділяється впровадженню ефективних механізмів збору та аналізу даних щодо захворюваності, що дозволяє своєчасно виявляти групи підвищеного ризику та оптимізувати профілактичні заходи [14].

Окрім навчальної роботи, фахівці Рівненського обласного інформаційно-аналітичного центру медичної статистики проводять інформаційно-просвітницькі кампанії серед населення, спрямовані на підвищення рівня обізнаності щодо профілактики ВІЛ-інфекції, вірусних гепатитів, туберкульозу, а також попередження зловживання алкоголем і вживання наркотичних речовин. Під час таких заходів розповсюджуються інформаційні матеріали, проводяться консультації та роз'яснювальна робота щодо важливості своєчасного тестування, дотримання профілактичних заходів та відповідального ставлення до власного здоров'я.

Проведення подібних освітніх і профілактичних заходів сприяє підвищенню професійної компетентності медичних працівників, покращенню доступності медичних послуг для населення та посиленню системи ЕПН за ВІЛ-інфекцією, вірусними гепатитами, туберкульозом, а також за поширенням залежностей, пов'язаних із вживанням алкоголю та наркотичних речовин [14].

Сучасна система ЕПН у сфері вживання наркотичних засобів та психоактивних речовин має низку структурних і функціональних обмежень, що знижують ефективність управлінських рішень та ускладнюють своєчасне реагування на зміни наркотичної ситуації. Зокрема, фрагментарність інформаційних потоків, недостатня координація між суб'єктами збору даних, обмежене використання аналітичних інструментів і відсутність комплексної системи оцінювання результативності заходів наркополітики зумовлюють необхідність системного вдосконалення механізмів управління інформацією [58].

Однією з ключових проблем залишається недостатньо ефективна система збору та аналітичного опрацювання даних, що використовуються для прийняття управлінських рішень. Існуючі підходи не забезпечують повною мірою системного аналізу тенденцій поширення наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів, особливостей їх уживання, а також каналів незаконного виробництва, транспортування та розповсюдження [45]. У зв'язку з цим важливим напрямом удосконалення є створення інтегрованої системи інформаційного забезпечення, здатної забезпечити комплексний моніторинг наркотичної ситуації та формування доказової бази для управлінських рішень.

Важливим обмеженням існуючої системи моніторингу є недостатня розвиненість механізмів збору та аналізу даних щодо ефективності заходів державної наркополітики. Особливої уваги потребує впровадження гендерно чутливого підходу до аналізу інформації, оскільки сучасні інформаційні системи не завжди дозволяють повною мірою враховувати відмінності у поширеності залежності, доступі до лікування та соціальних наслідках уживання психоактивних речовин серед різних груп населення. Відсутність таких даних обмежує можливості розроблення адресних профілактичних і лікувальних програм.

Суттєвою проблемою залишається недостатня стандартизація медичних підходів до діагностики, лікування та реабілітації осіб із розладами, пов'язаними з уживанням психоактивних речовин, а також відсутність уніфікованих механізмів визначення потреби в наркотичних лікарських засобах. Недостатньо врегульованими залишаються питання обліку пацієнтів, планування обсягів виробництва та розподілу відповідних препаратів. У цьому контексті важливим напрямом модернізації є впровадження стандартизованих протоколів медичної допомоги та використання електронної системи охорони здоров'я (ЕСОЗ) для забезпечення прозорості, контрольованості та ефективності управління ресурсами [39].

Ще одним системним недоліком є переважання поточного, переважно описового, моніторингу над стратегічним аналізом. Відсутність механізмів

формування та постійного оновлення стратегічної інформації обмежує можливості прогнозування розвитку наркотичної ситуації та знижує ефективність державних заходів щодо протидії незаконному обігу наркотичних засобів. Перехід до системи стратегічного інформаційного забезпечення дозволить підвищити якість планування та забезпечити своєчасне реагування на нові виклики.

Недостатньо розвиненою залишається і система оцінювання ефективності державної наркополітики. Відсутність чітких індикаторів результативності та регулярного моніторингу їх досягнення ускладнює об'єктивну оцінку впливу реалізованих заходів і не дозволяє своєчасно коригувати напрями державного втручання. У зв'язку з цим доцільним є впровадження системи показників ефективності, що забезпечуватиме постійний контроль результатів реалізації державних програм [60].

Окремим напрямом удосконалення є розширення міжнародної співпраці у сфері моніторингу наркотичної ситуації. Обмеженість доступу до міжнародних статистичних даних, недостатній обмін інформацією та технологіями знижують можливості інтеграції національної системи ЕПН до глобального інформаційного простору та впровадження сучасних наукових підходів.

Отже, підвищення ефективності епідеміологічного нагляду потребує комплексної модернізації, що включає інтеграцію інформаційних систем, стандартизацію медичних і управлінських процесів, розвиток стратегічного аналізу, запровадження індикаторів результативності та активізацію міжнародної взаємодії. Реалізація зазначених заходів сприятиме підвищенню координації між суб'єктами, які займаються питаннями захворюваності на алкоголізм, наркоманії та політики в цій сфері, покращенню якості управлінських рішень та ефективнішому реагуванню на сучасні виклики у сфері громадського здоров'я.

У 2024 р. у Рівненській області було проведено моніторингову оцінку якості надання медичних послуг людям, які живуть з ВІЛ. Оцінювання здійснювали фахівці ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України» спільно з

представниками МБФ «Альянс громадського здоров'я» у межах контролю за виконанням Державної стратегії у сфері протидії ВІЛ-інфекції, СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам до 2030 р..

Під час моніторингу аналізувалися основні аспекти організації медичної допомоги ВІЛ-позитивним пацієнтам, оцінювалися показники охоплення населення тестуванням на ВІЛ та якість ведення медичної документації і звітності.

За результатами проведеної оцінки Рівненський обласний інформаційно-аналітичний центр медичної статистики було відзначено як один із найкращих в Україні за показниками організації та якості надання послуг у сфері протидії ВІЛ-інфекції. Фахівці відзначили високий рівень охоплення населення Рівненської області тестуванням на ВІЛ, а також належний рівень ведення статистичної та медичної звітності. Важливо, що зазначені результати стосуються не лише комунальних закладів охорони здоров'я, а й приватних медичних установ, які також залучені до системи надання відповідних послуг.

Загалом результати моніторингу свідчать про ефективну організацію системи надання послуг з профілактики, діагностики та лікування ВІЛ-інфекції на регіональному рівні, що є важливим елементом реалізації державної політики у сфері громадського здоров'я [96].

3.3. Рекомендації щодо покращення епіднагляду за наркоманіями та алкоголізмом на регіональному рівні

Особливого значення набуває вдосконалення епідеміологічного нагляду за ВІЛ/СНІДом, туберкульозом і вірусними гепатитами серед осіб із наркотичною та алкогольною залежністю, оскільки ці групи характеризуються підвищеним ризиком інфікування та подальшого поширення захворювань. Для цього необхідно розширювати доступ до діагностики та лікування, впроваджувати програми зменшення шкоди, організовувати мобільні медичні служби, розвивати міжвідомчу співпрацю між системами охорони здоров'я та

соціального захисту, а також забезпечувати соціальну підтримку та реінтеграцію пацієнтів.

Важливим напрямом є також міжнародне співробітництво, використання світового досвіду боротьби із залежностями та інфекційними захворюваннями, а також партнерство з міжнародними організаціями для впровадження ефективних методів профілактики, моніторингу та лікування [101].

Підвищення ефективності епідеміологічного нагляду за наркоманіями та алкоголізмом на регіональному рівні потребує комплексного підходу. Насамперед доцільно посилити роль Рівненського обласного центру контролю та профілактики хвороб МОЗ України, розширивши його функції у сфері моніторингу залежностей. Для цього треба створити регіональні аналітичні відділи, удосконалити електронну інфраструктуру збору та обробки статистичних даних. Зробити акцент на підготовку фахівців (епідеміологів, лікарів-наркологів, медичних статистиків), орієнтованих саме на потреби системи профілактики та контролю розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин.

Ще одним напрямом є удосконалення системи обліку та звітності. Доцільним є створення обласного електронного реєстру пацієнтів із психічними та поведінковими розладами внаслідок уживання психоактивних речовин із можливістю інтеграції до національних інформаційних ресурсів. Уніфікація форм звітності між закладами первинної медико-санітарної допомоги, спеціалізованими наркологічними службами та центрами контролю та профілактики хвороб сприятиме підвищенню достовірності статистичних показників. Автоматизація регулярного аналізу даних дозволить оперативно виявляти території з підвищеним рівнем захворюваності та формувати адресні профілактичні заходи.

Не менш важливим є активне виявлення осіб із груп ризику. Систематичний скринінг осіб, які вживають ін'єкційні наркотики, людей, що живуть із ВІЛ, пацієнтів із психічними розладами, а також осіб, які перебувають у місцях позбавлення волі, дасть змогу своєчасно виявляти випадки залежності

та запобігати їх прогресуванню. Ефективним доповненням можуть стати частіші виїзні мультидисциплінарні бригади та мобільні амбулаторії, особливо у сільських громадах. Доцільно інтегрувати короткі стандартизовані скринінгові інструменти в практику усіх сімейних лікарів із подальшим чітким маршрутом пацієнта до спеціалізованої допомоги.

Підвищення результативності ЕПН неможливе без налагодження міжсекторальної взаємодії між органами місцевого самоврядування, закладами охорони здоров'я та Національною службою здоров'я України. Розроблення регіональних дорожніх карт профілактики та подолання залежностей дозволить узгодити фінансування, організацію послуг та механізми контролю їх виконання. Варто більше залучати громадські організації до профілактичної роботи та соціального супроводу пацієнтів. Це дозволить подолати суспільні упередження та сформувати стійку мотивацію до проходження повного курсу терапії.

Важливою складовою є інформаційно-просвітницька діяльність, спрямована на формування відповідального ставлення до власного здоров'я та підвищення обізнаності щодо ризиків уживання психоактивних речовин та алкоголю, а також шляхів передачі та профілактики ВІЛ-інфекції, вірусних гепатитів і туберкульозу. Регулярні регіональні інформаційні кампанії, використання місцевих засобів масової інформації та соціальних мереж, а також залучення лідерів громад сприятимуть збільшенню соціальної толерантності до небезпечних моделей поведінки та ранньому зверненню за допомогою. Доцільним є створення інтерактивних карт та аналітичних дашбордів Рівненської області щодо поширення соціально значущих захворювань, зокрема алкоголізму, наркоманій, вірусних гепатитів, туберкульозу та ВІЛ-інфекції. Такі інструменти можуть містити дані про показники захворюваності та поширеності, рівень смертності та її основні причини, а також відображати ключові фактори ризику. Формування подібних інформаційно-аналітичних ресурсів доцільно здійснювати на основі офіційних статистичних матеріалів із використанням сучасних цифрових платформ, зокрема Google Maps, Tableau або інших аналогічних сервісів візуалізації даних [97].

Важливим напрямом профілактичної роботи є підтримка осіб, які прагнуть подолати залежність, популяризація програм лікування та реабілітації, а також інформування населення про можливості тестування, раннього виявлення та лікування зазначених захворювань.

Окрему увагу слід приділити профілактиці інфекційних ускладнень та дотриманню стандартів безпеки в закладах охорони здоров'я. Запровадження суворих протоколів інфекційного контролю, регулярне навчання медичного персоналу та моніторинг випадків внутрішньолікарняних інцидентів дозволять мінімізувати додаткові ризики для пацієнтів із залежностями. Паралельно необхідно розширювати програми зменшення шкоди, включно із замісною підтримувальною терапією та профілактичними послугами для ключових груп відповідно до чинної нормативної бази.

Суттєву роль у ранньому виявленні залежностей відіграє первинна медична допомога. Інтеграція скринінгу на ризик уживання алкоголю та наркотичних речовин у профілактичні огляди, впровадження показників ефективності діяльності лікарів щодо охоплення пацієнтів тестуванням, а також систематичне підвищення кваліфікації медичних працівників сприятимуть формуванню проактивної моделі ЕПН.

Таким чином, удосконалення епідеміологічного нагляду за наркоманіями та алкоголізмом на регіональному рівні має ґрунтуватися на зміцненні інституційної спроможності, цифровізації обліку, активному скринінгу вразливих груп, міжвідомчій координації та розвитку профілактичних програм. Комплексна реалізація зазначених заходів забезпечить підвищення якості статистичного моніторингу, своєчасне реагування на негативні тенденції та зменшення медико-соціальних наслідків залежностей у регіоні.

Важливим напрямом роботи також є проведення системного огляду та аналізу діючих обласних і місцевих програм, а також проєктів міжнародної технічної допомоги, спрямованих на розвиток системи громадського здоров'я та профілактику поширення залежностей і соціально небезпечних інфекцій. Необхідним є також картування основних стейкхолдерів, які залучені до

реалізації заходів у сфері профілактики та лікування алкоголізму, наркоманій, ВІЛ-інфекції, вірусних гепатитів і туберкульозу, а також визначення ефективних механізмів міжсекторальної співпраці на рівні Рівненської області на регулярній основі [61].

Доцільно провести аудит профілактичних програм щодо їх відповідності доказовим підходам. Якщо вони мають невідповідності, то розробити нормативні засади впровадження ефективних програм профілактики, що включають інформування, промоцію здоров'я, зменшення факторів ризику та посилення факторів захисту.

Перспективним інструментом модернізації регіональної системи епіднагляду є впровадження методології аналізу стічних вод (Wastewater-based epidemiology — WBE), що відповідає сучасним рекомендаціям Європейського моніторингового центру з наркотиків та наркозалежності (EMCDDA). Суть даного підходу полягає у систематичному хімічному аналізі проб стічних вод [139] у ключових адміністративних центрах Рівненської області (зокрема у містах Рівне, Вараш, Дубно) на наявність специфічних метаболітів наркотичних речовин та алкоголю. Головною перевагою WBE є можливість отримання об'єктивної та анонімної картини реального обсягу споживання психоактивних речовин у режимі реального часу, незалежно від офіційного звернення осіб за медичною допомогою. Впровадження такого моніторингу дозволить оперативно ідентифікувати появу на регіональному ринку нових наркотиків (солей, спайсів) та синтетичних опіоїдів ще до етапу їх масової фіксації клінічними службами, що забезпечить умови для раннього попередження спалахів передозувань та точкового спрямування профілактичних ресурсів у найбільш вразливі громади [139]. Проведено такий аналіз у Києві, Дніпрі та Львові на наявність метаболітів кокаїну, амфетаміну, метамфетаміну та канабісу.

Пропонуємо тестувати пацієнтів на залежність не лише у сімейних лікарів, а й у приймальних відділеннях лікарень та травмпунктах. Зараз багато людей, які отримують травми через алкоголь чи наркотики, просто лікують перелом або рану і йдуть додому, так і не потрапивши в поле зору фахівців. Якщо ж лікар у

травмпункті проведе коротке опитування, це дозволить вчасно помітити проблему, поки вона ще не стала хронічною.

Таке тестування (скринінг на залежність) допоможе виявляти «приховану» залежність на ранніх стадіях, коли важливо фокусуватися на створенні умов, у яких людина сама захоче обрати зміни і тоді пацієнту ще легко допомогти змінити спосіб життя. Це створить чіткий шлях для пацієнта: від звичайної лікарні до профільної допомоги. Завдяки внесенню результатів у електронну систему, лікарі зможуть бачити реальну історію здоров'я людини та приймати правильні рішення для її подальшого лікування.

Висновки до Розділу 3

Таким чином, удосконалення ЕПН за наркоманіями та алкоголізмом на регіональному рівні має ґрунтуватися на зміцненні інституційної спроможності, цифровізації обліку, активному скринінгу вразливих груп, міжвідомчій координації та розвитку профілактичних програм. Комплексна реалізація зазначених заходів забезпечить підвищення якості статистичного моніторингу, своєчасне реагування на негативні тенденції та зменшення медико-соціальних наслідків залежностей у регіоні.

Водночас система має низку проблем: фрагментарність даних, недостатню координацію між суб'єктами, обмежений розвиток аналітичних інструментів, відсутність уніфікованих індикаторів ефективності та недостатню орієнтацію на стратегічний аналіз і прогнозування.

Рекомендую створити на базі Рівненського обласного центру контролю та профілактики хвороб оперативний канал обміну даними між токсикологічними відділеннями, правоохоронними органами та громадським сектором для функціонування системи раннього попередження. Це дозволить у стислі терміни ідентифікувати появу в регіоні небезпечних або фальсифікованих партій наркотичних речовин, що спричиняють масові отруєння, та негайно інформувати вразливі групи населення через мобільні служби соціального супроводу й

цифрові комунікаційні канали. Такий механізм швидкого реагування забезпечить можливість превентивного втручання та суттєвого зниження рівня летальності від передозувань на місцевому рівні.

ВИСНОВКИ

У процесі написання кваліфікаційної роботи на здобуття ступеня магістра проведено збір, систематизацію та аналіз літературних джерел провідних науковців України та зарубіжних дослідників, лікарів-практиків щодо епідеміологічного нагляду та організації моніторингу за розладами психіки та поведінки, пов'язаними з вживанням психоактивних речовин (наркоманією та алкоголізмом) та супутніми хворобами.

Встановлено, що у сучасному суспільстві, яке характеризується глобалізацією, стрімкою урбанізацією, комерціалізацією, високою неконтрольованою мобільністю, нав'язливою рекламою алкоголю та зростанням доступності спиртних напоїв і наркотичних засобів, населення багатьох країн стикається зі збільшенням рівня захворюваності, зумовленої нездоровими поведінковими практиками. Передусім це пов'язано зі зловживанням алкоголем і вживанням психоактивних речовин.

Світовий досвід свідчить, що найбільш дієвим механізмом епіднагляду за розладами, спричиненими вживанням психоактивних речовин (залежностями) є системна інтеграція стандартизованих показників здоров'я та соціальної поведінки населення. Впровадження моделей моніторингу, рекомендованих ВООЗ та ЄС, забезпечує можливість довгострокового прогнозування епідемічної ситуації та дозволяє органам влади приймати обґрунтовані управлінські рішення для профілактики.

Аналіз звіту ВООЗ Global Status Report on Alcohol and Health and Treatment of Substance Use Disorders (2024) засвідчив, що попри загальне світове скорочення споживання алкоголю на 2–3%, у країнах Азії та Африки спостерігається стійке зростання (до 5% щорічно). Особливу увагу привертає проблема латентності. Незареєстрований сегмент алкогольного ринку та нелегальне виробництво психоактивних речовин (ПАР) можуть збільшувати реальні показники поширеності залежностей до 30% порівняно з офіційними даними. Доведено, що ефективна наркополітика має базуватися не на

ізолюваному лікуванні пацієнта, а на системному підході, що включає роботу з сім'єю та громадою як цілісними структурами.

Показано, що глобальна епідеміологічна ситуація щодо споживання алкоголю станом на 2025 рік характеризується вираженою гендерною, віковою та регіональною диференціацією. За даними ВООЗ, середньосвітовий рівень споживання серед чоловіків становить 8,1 літра чистого спирту на рік, що майже втричі перевищує аналогічний показник серед жінок (2,6 літра). У країнах Європейського регіону цей розрив досягає співвідношення 3:1. Такі відмінності пов'язані з усталеними соціокультурними нормами, де чоловіча модель вживання часто є частиною соціальної взаємодії, тоді як жіноча стикається з високим рівнем соціального несхвалення.

Вікова динаміка демонструє пік споживання у групі 35–54 роки (близько 8 літрів на рік). Водночас спостерігається трансформація споживчих уподобань серед молоді. У країнах із високим доходом, зокрема в США, молоде покоління демонструє прихильність до тверезих моделей поведінки, витрачаючи на алкоголь у вісім разів менше коштів порівняно зі старшим поколінням. На противагу цьому, у країнах із середнім та низьким рівнем доходу процеси урбанізації стимулюють зростання вживання алкоголю серед молодих верств населення.

Медико-соціальні наслідки надмірного вживання алкоголю залишаються критичними, щороку у світі фіксується близько 3 мільйонів смертей, спричинених патологіями печінки, серцево-судинними захворюваннями та травматизмом.

З'ясовано, що згідно з прогнозами ВООЗ до 2030 р. передбачають загальне скорочення глобального споживання на 10% завдяки поширенню безалкогольних альтернатив. Однак прогнозоване зниження показників у Європі (до 8 літрів) супроводжуватиметься зростанням в Азійському регіоні (до 6,5 літра), що вимагає розробки регіонально адаптованих стратегій громадського здоров'я та посилення міжсекторальної взаємодії. Вживання алкоголю та психоактивних речовин становить складний комплекс соціальних відхилень, що

негативно позначаються на стабільному функціонуванні суспільства. Протидія цьому явищу не може бути обмежена лише діяльністю медичних, правоохоронних і соціальних служб, оскільки відповідальність за його подолання лежить також на державі загалом, інститутах громадянського суспільства та різноманітних громадських організаціях.

Показано, що незважаючи на численні соціально-економічні та політичні потрясіння, в Україні створено безперервно функціонуючу систему збору епідеміологічних даних, що дозволяє здійснювати довгостроковий моніторинг захворюваності та поширеності розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин, а також аналіз їхнього зв'язку з ширшими суспільними показниками. Аналіз наукових джерел свідчить, що спектр чинників, які впливають на розвиток наркоманії, постійно розширюється, а їх якісні характеристики зазнають змін. У зв'язку з цим причини формування залежностей зумовлюються складною взаємодією біологічних, психологічних і соціальних детермінант. Подекуди вирішальну роль відіграє окремий чинник, проте частіше формування наркоманії є наслідком сукупної дії кількох несприятливих умов і факторів ризику, кожен з яких у різному ступені впливає на розвиток залежності.

Підтверджено, що немедичне вживання психоактивних речовин є серйозним викликом для системи охорони здоров'я як у світі, так і в Україні. Уживання наркотичних засобів негативно впливає на фізичний і психічний стан людини, сприяє розвитку соматичних, інфекційних та психічних захворювань, призводить до формування наркотичної залежності та є одним із чинників зростання рівня смертності й інвалідизації населення.

Доведено, що особливу роль у формуванні сучасного профілю захворюваності відіграють соціально-економічні та військові фактори. Встановили, що поєднання військової травми, економічної нестабільності та руйнування звичних соціальних зв'язків створило передумови для поширення механізмів самолікування ПТСР через вживання психоактивних речовин. Трансформація структури споживання у бік більш доступних та токсичних

замінників, а також зростання випадків «подвійної патології» (поєднання психічної травми та залежності) визначають необхідність переходу від вузькоспеціалізованих наркологічних підходів до мультидисциплінарних стратегій реабілітації.

Виявлено, що протягом досліджуваного періоду (2015–2024 рр.) серед населення України та Рівненської області відбувалась складана динаміка епідемічного процесу захворювань на розлади психіки і поведінки, спричинені вживанням психоактивних речовин (наркоманія та алкоголізм), та існував прямий зв'язок між вживанням ін'єкційних наркотиків та поширенням соціально небезпечних інфекцій, таких як ВІЛ/СНІД, туберкульоз та вірусні гепатити В і С. Попри загальну тенденцію до стабілізації нових випадків ВІЛ-інфекції після 2019 р., особи з розладами, пов'язаними з уживанням ПАР, залишаються ключовою групою ризику через високу інтенсивність інфікування та низьку прихильність до лікування. На національному рівні у досліджуваний період спостерігалось зменшення кількості нових випадків ВІЛ-інфекції, а також зниження показників смертності від СНІДу, особливо після 2018–2019 років. Подібна тенденція може бути пов'язана з розширенням доступу до антиретровірусної терапії, удосконаленням системи тестування та профілактичних програм.

Окремим викликом для країни та регіону стала зміна структури споживання у бік високотоксичних наркотиків («солі», «спайси»), що часто використовуються як деструктивний механізм боротьби з хронічним стресом та наслідками військової травми.

Проведений аналіз демографічних показників та рівня охоплення профілактичними щепленнями у Рівненській області та Острозькій територіальній громаді у 2015–2024 роках засвідчив поступове скорочення чисельності населення та позитивну динаміку показників імунопрофілактики. Чисельність населення Рівненської області зменшилася з 1161,2 тис. осіб у 2015 р. до 1141,8 тис. осіб у 2022 р., що відображає загальнонаціональні демографічні

тенденції. Аналогічна тенденція простежується і на рівні Острозької територіальної громади.

Аналіз показників вакцинації проти гепатиту В показав суттєве підвищення рівня охоплення щепленнями, особливо серед дітей віком до одного року. Якщо у 2015–2016 роках рівень імунізації був критично низьким, то у наступні роки спостерігалось його поступове зростання з досягненням найвищих значень у 2022–2023 роках. Подібна тенденція відмічалася і щодо вакцинації БЦЖ проти туберкульозу. У 2015–2016 роках фіксувався низький рівень вакцинації, що було пов'язано з дефіцитом вакцин, однак починаючи з 2017 р. показники значно покращилися. Протягом 2023–2024 рр. спостерігається позитивна динаміка імунопрофілактики, однак рівень охоплення щепленнями у деякі роки та у окремих територіальних громадах ще не досягає рекомендованого показника 95 %, визначеного ВООЗ для формування колективного імунітету. Це зумовлює необхідність подальшого вдосконалення організації профілактичних програм, підвищення доступності медичних послуг та посилення роботи з групами підвищеного ризику, зокрема з особами, які мають залежність від алкоголю та наркотичних речовин.

Виявлено, що окремої уваги потребують групи підвищеного ризику, зокрема особи з розладами, пов'язаними з уживанням алкоголю та наркотичних речовин. Такі групи населення мають підвищений ризик інфікування вірусними гепатитами, ВІЛ-інфекцією та туберкульозом, що пов'язано як із поведінковими чинниками, так і з обмеженим доступом до медичної допомоги та профілактичних заходів. У зв'язку з цим важливим напрямом системи громадського здоров'я є розширення програм профілактики, раннього виявлення та лікування залежностей, а також забезпечення доступу таких пацієнтів до вакцинації, тестування та спеціалізованої медичної допомоги.

На прикладі КНП «Острозький центр ПМД» довели ефективність переходу до проактивної моделі епідагляду на рівні територіальної громади. Впровадження міжнародних скринінгових інструментів (AUDIT, ASSIST) та

підвищення рівня фахової підготовки медичного персоналу (з 25% до 100%) дозволило суттєво покращити показники раннього виявлення адикцій.

Встановлено, що модернізація епідеміологічного нагляду за розладами психіки і поведінки, спричиненими вживанням психоактивних речовин (наркоманія та алкоголізм) в Рівненській області повинна ґрунтуватися на принципах цифровізації та міжвідомчої співпраці. Ключовими рекомендаціями для покращення епіднагляду є:

- Створення на базі Рівненського ОЦКПХ системи раннього попередження (Early Warning System — EWS) для оперативного обміну даними між медичними закладами, поліцією та неурядовими організаціями (НУО) щодо виявлення нових небезпечних психоактивних речовин.
- Впровадження інноваційного методу моніторингу стічних вод (WBE) у великих містах області (Рівне, Вараш, Дубно) для отримання об'єктивної картини споживання ПАР у реальному часі.
- Використання аналітичних дашбордів та інтерактивного картографування (Tableau, Google Maps) для візуалізації ризиків та адресного планування профілактичних заходів.

Доведено, що успішна реінтеграція осіб із залежностями до алкоголю та наркотиків можлива лише через подолання соціального упередження та розвиток мультидисциплінарних стратегій допомоги.

Також необхідно залучати до консультації хворих на розлади психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин громадські організації, які допомагають таким хворим, та консультантів, які самі подолали залежність. Їх підтримка допоможе пацієнтам довіряти лікарям та не переривати лікування на півдорозі.

Координація епіднагляду має супроводжуватися розробкою регіональних «дорожніх карт», які об'єднують зусилля обласних центрів контролю та профілактики хвороб, закладів охорони здоров'я, органів місцевого самоврядування та соціального захисту.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. «Активні парки» на Рівненщині. В області назвали лідерів проєкту в 2025 р.. URL: <https://www.rv.gov.ua/news/aktyvni-parky-na-rivnenshchyni-v-oblasti-nazvaly-lideriv-proiektu-v-2025-rotsi>. (дата звернення: 03.02.2026).
2. Алкоголізм. URL: https://surl.li/stnpfd_ (дата звернення: 15.11.2025).
3. Алкоголь та психічне здоров'я: вплив і наслідки. URL: <https://phc.org.ua/news/alkogol-ta-psikhichne-zdorovya-vpliv-i-naslidki>. (дата звернення: 15.01.2026).
4. Аналіз інфекційної захворюваності в Рівненській області за 2024 рік. URL: <https://rv.cdc.gov.ua/articles/analiz-infektsijnoyi-zahvoryuvanosti-v-rivnenskiy-oblasti-za-2024-rik/> (дата звернення: 05.01.2026).
5. Аналітичний звіт за результатами оцінки «Покращення показників з неінфекційних захворювань: бар'єри та можливості системи охорони здоров'я в Україні». URL: <https://surl.li/ghmoqs>. (дата звернення: 05.01.2026).
6. Анонімні алкоголіки в Україні. URL: <https://aa.org.ua/groups/>. (дата звернення: 05.02.2026).
7. Брезицька Д. М. , Сідлецька Г. Я. Дослідження охоплення профілактичними щепленнями дітей дошкільного віку Рівненської області у 2010–2019 роках. *Public Health Journal*. 2022. Вип. 1. С. 6–18. DOI <https://doi.org/10.32782/pub.health.2022.1.1>.
8. Вакцина проти туберкульозу (БЦЖ) захищає від небезпечних наслідків хвороби. URL: <https://rv.cdc.gov.ua/news/vaktsyna-proty-tuberkulozu-btszh-zahyshhaye-vid-nebezpechnyh-naslidkiv-hvoroby/>. (дата звернення: 05.02.2026).
9. Виїзна акція до Дня боротьби зі СНІДом. URL: <https://rivnephc.communal.rv.ua/news/2025/12/03/viyizna-akciya-do-dnya-borotbi-zi-snidom/>. (дата звернення: 05.02.2026).
10. Виноград Н. О., Васишин З. П., Козак Л. П. Спеціальна епідеміологія. Київ : Медицина, 2018. 368 с.

11. ВІЛ/СНІД. URL: <https://phc.org.ua/dlya-pacientiv/pro-vilsnid>(дата звернення: 21.01.2026).
12. Вовк В. Застосування КПТ для профілактики рецидивів в лікуванні алкогольної залежності. Харків, 2021. 41 с.
13. Вовк В. І., Страшок О.О. Можливості застосування когнітивно-поведінкової терапії для досягнення ремісій при алкогольній залежності. *Психіатрія, неврологія та медична психологія*. 2023. № 21. С. 6–12. DOI: 10.26565/2312-5675-2023-21-01.
14. Вшановуємо пам'ять померлих від СНІДу. URL: <https://rivnephc.communal.rv.ua/news/2024/05/17/vshanovuyemo-pamyat-pomerlih-vid-snidu/>. (дата звернення: 05.01.2026).
15. Галузева статистична звітна форма № 40-здоров. 2015.
16. Галузева статистична звітна форма № 40-здоров. 2016.
17. Галузева статистична звітна форма № 40-здоров. 2017.
18. Галузева статистична звітна форма № 40-здоров. 2018.
19. Галузева статистична звітна форма № 40-здоров. 2019.
20. Галузева статистична звітна форма № 40-здоров. 2020.
21. Галузева статистична звітна форма № 40-здоров. 2021.
22. Галузева статистична звітна форма № 40-здоров. 2022.
23. Галузева статистична звітна форма № 40-здоров. 2023.
24. Галузева статистична звітна форма № 40-здоров. 2024.
25. Гапонов К. Д. Алкогольна залежність в умовах соціального стресу: епідеміологічні, клінічні і лікувальні аспекти. *Укр. вісн. психоневрології*. 2016. Т. 24, вип. 4. С. 54–60. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uvp_2016_24_4_13. (дата звернення: 15.01.2026).
26. Гепатит. URL: <https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%B5%D0%BF%D0%B0%D1%82%D0%B8%D1%82>. (дата звернення: 02.10.2022).
27. Голубчиков М. В., Степанова Т. В. Аналіз сучасних стратегій подолання епідемій ВІЛ-інфекції і туберкульозу в контексті реалізації політики співпраці у сфері ко-інфекції туберкульоз/ВІЛ у світі та в Україні. *Загальне*

охоплення послугами охорони здоров'я – для всіх і всюди : матеріали. наук.-практ. конф. з міжнародною участю. Київ, 2018. С. 122–124.

28. Гострі вірусні гепатити у дітей / укл. Усачова О. В. та ін. Запоріжжя, 2016. 95 с.

29. Гриненко І. Міжнародне співробітництво у сфері контролю над обігом наркотиків — перспективний напрямок реалізації політики євроінтеграції. *Новини медицини та фармації*. 2010. № 6(312). URL: <https://www.mif-ua.com/archive/article/11880>. (дата звернення: 21.01.2026).

30. Громадське здоров'я : підручник / В. Ф. Москаленко, О. П. Гульчій, Т. С. Грузева та ін.. Вінниця : Нова Книга, 2013. 560 с.

31. Грузева Т. С., Замкевич В. Б. Стратегічні напрями боротьби з небезпечним та шкідливим вживанням алкоголю в документах Всесвітньої організації охорони здоров'я. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2019. № 3 (81). С. 124–133. DOI 10.11603/1681-2786.2019.3.10603.

32. Гуль М. Ю. Досвід застосування кризової інтервенції в профілактиці ПТСР у бойових військовослужбовців ЗСУ. *Психічне здоров'я особистості у кризовому суспільстві* : збірник матеріалів VII Всеукраїнської науково-практичної конференції (28 жовтня 2022 р.). Львів, 2022. С. 96–97.

33. Гущук І. В., Савчук Т. М. Структура та особливості поширення інфекційних захворювань серед населення Острозького району за 2010–2020 рр. *Public Health Journal*. 2022. Вип. 2. С. 25–34. DOI 10.32782/pub.health.2022.2.4.

34. Діємо для здоров'я. URL: <https://www.actforhealth.in.ua/>. (дата звернення: 21.01.2025).

35. Епідеміологічний нагляд. URL: <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/vilsnid/monitoring-i-ocinyuvannya/epidnaglyad>. (дата звернення: 05.01.2026).

36. Євроінтеграція у сфері охорони здоров'я: ключові результати р.. URL: <https://moz.gov.ua/uk/yevrointegraciya-u-sferi-ohoroni-zdorov-ya-klyuchovi-rezultati-roku>. (дата звернення: 05.02.2026).

37. Звіт про результати оцінки єдиної системи моніторингу та оцінки ефективності заходів, спрямованих на запобігання поширенню епідемії ВІЛ-інфекції, в Україні: національний та регіональний рівні. Київ, 2018. URL: https://phc.org.ua/sites/default/files/uploads/files/Zvit_z%20MiO_2018.pdf. (дата звернення: 10.03.2026).

38. Зменшення шкоди. URL: <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/zalezhnist-vid-psikhoaktivnikh-rechovin/zmenshennya-shkodi>. (дата звернення: 05.02.2026).

39. Іващенко І. Стратегія державної політики щодо наркотиків на період до 2030 р.: стан розробки та основні положення. *Наркотична та алкогольна залежність: безпека суспільства, захист неповнолітніх, психічне здоров'я*. 2021. URL: <https://uifuture.org/publications/mizhnarodna-konferenciya-narkotychna-ta-alkogolna-zalezhnist-bezpeka-suspilstva-zahyst-nepovnolitnih-psyhichne-zdorovya/>. (дата звернення: 15.02.2026).

40. Конституція України зі змінами. 1996. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text>. (дата звернення: 13.01.2026).

41. Корнещук В. В., Колодійчук Ю. В., Боделан М. В. Теорія і практика професійної підготовки майбутніх соціальних працівників : монографія. Одеса : ФОП Бондаренко М.О., 2018. 296 с.

42. Короленко В. В., Трубачова Я. В., Корчевний А. І. Новели українського законодавства щодо легалізації медичного канабісу з огляду на судово-експертну діяльність. *Особливості призначення та проведення судової експертизи наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів* : зб. тез доповідей науково-практичного семінару. Київ, 2025. С. 25–30. URL: <https://www.ndekc.lviv.ua/pdf/26.03.2025.pdf>. (дата звернення: 11.01.2026).

43. Короткотривала інтервенція щодо вживання небезпечних та шкідливих речовин (в рамках пакету проєкту ASSIST (BOO3): посібник для застосування під час надання первинної медичної допомоги. 2010. URL: <https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/The%20ASSIST->

linked%20brief%20intervention%20for%20hazardous%20and%20harmful%20substance%20use_UKR.pdf. (дата звернення: 05.01.2026).

44. Кривич О. О. Особливості подружніх конфліктів на початковій стадії життєвого циклу молодого сім'ї. Дніпро, 2024 128 с.

45. Кримінальний аналіз незаконного обігу наркотичних засобів та психотропних речовин: регіональні особливості та тенденції / Петриченко І. В., Лобода А. С., Кириченко К. В., Кисельов А. О. *UNIVERSUM*. 2025. № 21. С. 214–222. URL: <https://archive.liga.science/index.php/universum/article/view/1978/2006>. (дата звернення: 05.02.2026).

46. Кробка О. Нові клінічні орієнтири у лікуванні розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю: що змінює затвердження національного стандарту. *НейроNews: психоневрологія та нейропсихіатрія*. 2025. № 10(165). URL: <https://surl.li/kqzito>. (дата звернення: 11.01.2026).

47. Ладигіна А. С. Алкоголізація дітей та підлітків як соціальна проблема та шляхи її вирішення. *Сучасне українське студентство: проблеми та ціннісні орієнтації*. 2020. С. 75.

48. Максимова Н. Безпека життєдіяльності. Соціально-психологічні аспекти алкоголізму та наркоманії. Київ, 2006. 328 с.

49. Малюченко Г. Н. Профілактика наркоманії в освітньому середовищі: проблемно-орієнтований підхід. Київ, 2001. 196 с.

50. Михайловська Н. С. Діяльність сімейного лікаря в умовах страхової медицини. Запоріжжя : ЗДМУ, 2017. 109 с.

51. Моніторинг захворюваності вірусними гепатитами В і С в Рівненській області / І. Хоронжевська, Г. Мартинюк, В. Мороз, О. Воробей, І. Гущук. *BTRP Ukraine 2022 International Biothreat Reduction Symposium Abstract book Ukraine*. 2022. С.88.

52. Моніторинг поширеності парентеральних вірусних гепатитів серед населення Рівненської області / І. С. Хоронжевська, Т. А. Сергєєва, Г. А. Мартинюк, В. О. Мороз. *Інфекційні хвороби сучасності: етіологія, епідеміологія, діагностика, лікування, профілактика, біологічна безпека* : матеріали науково-

практичної конференції. К., 2018. С. 180–182. URL: https://duieih.kiev.ua/documents/konf/theses_121018.pdf. (дата звернення: 06.09.2022).

53. Моніторинг. URL: <https://surl.lu/gsdwuf>. (дата звернення: 12.10.2025).

54. Мох Т. П., Коломієць М. Ю. Соціально-психологічні аспекти здоров'я особистості в умовах кризового суспільства. *Психічне здоров'я особистості у кризовому суспільстві* : збірник матеріалів VII Всеукраїнської науково-практичної конференції (28 жовтня 2022 р.). Львів, 2022. С. 247–250.

55. Мудрик А. Б. Психологія залежної поведінки : навчальний посібник. Луцьк : ПП Іванюк В. П., 2022. 236 с. URL: https://evnuir.vnu.edu.ua/bitstream/123456789/21201/3/Psykhol_zalezhn_pov.pdf. (дата звернення: 18.01.2026).

56. Наркологія: актуальні питання / В. Д. Мішиєв, І. К. Сосін, М. О. Овчаренко, О. А. Єршова. Львів: Медицина світу, 2010. 280 с.

57. Наркоманія. URL: <https://surl.li/smjqfo> (дата звернення: 12.11.2025).

58. Наркотична ситуація в Україні. Звіт 2024 (за даними 2023 р.). Київ, 2025. 275 с.

59. Національна стратегія тестування на ВІЛ в Україні: 2019–2030 роки. Київ, 2018. 45 с. URL: https://phc.org.ua/sites/default/files/uploads/files/Natsionalna_strategia_testuvannia_na_VIL_v_Ukraini_2019-2030.pdf. (дата звернення: 10.03.2026).

60. Національний звіт щодо наркотичної та алкогольної ситуації в Україні 2025 (за даними 2024 р.). URL: <https://surl.li/upmsdg> (дата звернення: 20.12.2025).

61. Обласна програма з питань громадського здоров'я у Рівненській області на 2025–2028 роки.

62. Оперативна інформація про офіційно зареєстровані випадки ВІЛ-інфекції, СНІДу та кількість смертей, зумовлених СНІДом, за грудень 2015 р..

63. Оперативна інформація про офіційно зареєстровані випадки ВІЛ-інфекції, СНІДу та кількість смертей, зумовлених СНІДом, за грудень 2016 р..

64. Оперативна інформація про офіційно зареєстровані випадки ВІЛ-інфекції, СНІДу та кількість смертей, зумовлених СНІДом, за грудень 2017 р..
65. Оперативна інформація про офіційно зареєстровані випадки ВІЛ-інфекції, СНІДу та кількість смертей, зумовлених СНІДом, за грудень 2018 р..
66. Оперативна інформація про офіційно зареєстровані випадки ВІЛ-інфекції, СНІДу та кількість смертей, зумовлених СНІДом, за грудень 2019 р..
67. Оперативна інформація про офіційно зареєстровані випадки ВІЛ-інфекції, СНІДу та смертей, зумовлених СНІДом, за грудень 2020 р..
68. Оперативна інформація про офіційно зареєстровані випадки ВІЛ-інфекції, СНІДу та смертей, зумовлених СНІДом, за грудень 2021 р..
69. Оперативна інформація про офіційно зареєстровані випадки ВІЛ-інфекції, СНІДу та смертей, зумовлених СНІДом, за грудень 2022 р..
70. Оперативна інформація про офіційно зареєстровані випадки ВІЛ-інфекції, СНІДу та смертей, зумовлених СНІДом, за грудень 2023 р..
71. Оперативна інформація про офіційно зареєстровані випадки ВІЛ-інфекції, СНІДу та смертей, зумовлених СНІДом, за грудень 2024 р..
72. Основи епідеміологічного нагляду за здоров'ям і благополуччям населення. Київ, 2023. 25 с. URL: <https://surl.li/yecfvp>. (дата звернення: 10.12.2025).
73. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19.11.1992. № 2801-XII зі змінами. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#top>(дата звернення: 12.12.2025).
74. Острозька міська громада. URL: <https://gromada.info/gromada/ostrozka/>. (дата звернення: 22.11.2025).
75. Острозька територіальна громада. URL: <https://decentralization.gov.ua/newgromada/4514>. (дата звернення: 22.11.2025).
76. Охоплення щепленнями. URL: <https://phc.org.ua/news/statistika-okhoplen-sheplennyami>. (дата звернення: 20.02.2026).

77. Перша людина на Рівненщині отримала ін'єкцію Каботегравіру.
URL: <https://rivnephc.communal.rv.ua/news/2026/01/05/persha-lyudina-na-rivnenshini-otrimala-yekciyu-kab/>. (дата звернення: 05.02.2026).

78. Питання проведення моніторингу наркотичної та алкогольної ситуації в Україні : Постанова Кабміну України від 10 липня 2019 р. № 689. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/pitannya-provedennya-monitoring-689>. (дата звернення: 05.02.2026).

79. Подолян В. М. Підліткова наркоманія в Україні: соціальний та психологічний аспекти. *Сімейна медицина*. 2021. № 2–3(94–95). DOI: <https://doi.org/10.30841/2307-5112.2-3.2021.240759>.

80. Показники захворюваності і поширеності та сучасні погляди на профілактику хвороб /Чорна В., Хлестова С., Гуменюк Н., Махнюк М., Сидорчук Т. *Вісник Вінницького національного медичного університету*. 2020, Т. 24, № 1. С. 158–164.

81. Про державне регулювання виробництва і обігу спирту етилового, спиртових дистилятів, біоетанолу, алкогольних напоїв, тютюнових виробів, тютюнової сировини, рідин, що використовуються в електронних сигаретах, та пального : Закон України від 18.06.2024 зі змінами № 3817-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3817-20#Text>. (дата звернення: 12.12.2025)

82. Про затвердження обласного плану заходів щодо неінфекційних захворювань для досягнення цілей сталого розвитку в Рівненській області : Розпорядження голови Рівненської ОДА від 20 березня 2019 р. №225.

83. Про затвердження Порядку ведення обліку, звітності та епідеміологічного нагляду (спостереження) за інфекційними хворобами та Переліку інфекційних хвороб, що підлягають реєстрації : наказ МОЗ України від 30.07.2020 № 1726. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1332-20#Text>. (дата звернення: 10.12.2025).

84. Про затвердження Стандарту медичної допомоги «Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин та

стимуляторів за виключенням опіоїдів» : наказ МОЗ України від 13.01.2025 №84. URL: <https://surl.li/ihcgup>. (дата звернення: 12.11.2025).

85. Про затвердження Стандарту медичної допомоги «Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання алкоголю» : наказ Міністерства охорони здоров'я України від 16.12.2025 № 1897. URL: https://moz.gov.ua/storage/uploads/335a6bd0-21a5-4c83-ade2-ecbbfb45470e/dn_1897_16122025_dod.pdf. (дата звернення: 15.02.2026).

86. Про затвердження Стандарту медичної допомоги «Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання опіоїдів» : наказ МОЗ України від 11.07.2025 № 1102. URL: <https://surl.li/pgrlpr>. (дата звернення: 12.12.2025).

87. Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними : Закон України від 15.02.1995 № 61/95 ВР зі змінами. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/62/95-%D0%B2%D1%80#Text>. (дата звернення: 12.12.2025).

88. Про наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори : Закон України від 15.02.1995 № 60/95 ВР зі змінами. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/60/95-%D0%B2%D1%80#Text> (дата звернення: 12.12.2025).

89. Про Рівненський обласний центр профілактики та контролю хвороб. URL: <https://rv.cdc.gov.ua/about/mission/> (дата звернення: 20.12.2025).

90. Про систему громадського здоров'я : Закон України від 06.09.2022 № 2573-IX зі змінами. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2573-20#Text>(дата звернення: 12.12.2025).

91. Про схвалення Державної стратегії у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 р. : розпорядження Кабміну України від 27.11.2019. № 1415-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1415-2019-%D1%80#Text>. (дата звернення: 20.11.2025).

92. Про схвалення Стратегії наркополітики на період до 2030 р. та затвердження операційного плану заходів з її реалізації у 2025-2027 роках : розпорядження Кабміну України від 20 серпня 2025 р. № 920-р. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/pro-skhhvalennia-stratehii-n-planu-zakhodiv-z-ii-realizatsii-u-20252027-rokakh-i-920>. (дата звернення: 23.12.2025).

93. Психічне здоров'я суспільства – тривожна статистика по депресії. URL: <http://khocz.com.ua/psihichne-zdorov-ja-suspilstva-trivozhna-statistikapo-depresii/>. (дата звернення: 12.12.2025).

94. Рання діагностика алкогольної залежності в практиці сімейного лікаря / І. К. Сосін, І. М. Сквіра, В. М. Міцура та ін. *Здобутки клінічної і експериментальної медицини*. 2016. № 1. С. 69–72.

95. Рівненський обласний благодійний фонд «Наше Майбутнє». URL: <https://robfof.communal.rv.ua/> (дата звернення: 20.01.2026).

96. Рівненщина — серед кращих щодо профілактики ВІЛ. URL: <https://ror.gov.ua/novyny/rivnenshina-sered-krashih-shodo-profilaktiki-vil-1732269483>. (дата звернення: 05.02.2026).

97. Розробка та фінансування регіональних і місцевих програм громадського здоров'я : операційний посібник. URL: <https://surl.li/xulxas>. (дата звернення: 13.02.2025).

98. Рубан Е. В., Мельник В. Й. Сучасна проблема захворювання на туберкульоз у Рівненській області. *Public Health Journal*. 2025. Вип. 1(7). С. 175–180. URL: <https://journals.ostroh-academy.rv.ua/index.php/publichealth/-article/view/135/129> (дата звернення: 20.01.2026).

99. 17 Цілей сталого розвитку. URL: <https://globalcompact.org.ua/tsili-stijkogo-rozvytku/>. (дата звернення: 20.12.2025).

100. Сергєєва Т. А. Гепатит С в Україні: епідеміологічна характеристика та оцінка тягаря (за результатами аналізу даних з різних джерел). К., 2018 111 с. URL: <https://www.phc.org.ua/sites/default/files/uploads/files/VGC-2018.pdf>. (дата звернення: 17.09.2022).

101. Слабкий Г. О., Миронюк В. І., Качала Л. О. Система громадського здоров'я: бачення Всесвітньої організації охорони здоров'я. Основні оперативні функції громадського здоров'я та їх зміст. *Україна. Здоров'я нації*. 2017. №3(44). С. 24–31. <https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/handle/lib/28921>. (дата звернення: 23.01.2026).
102. Соціальна робота: в 3 ч. / під ред. А. М. Бойко. К.: ВД «Києво-Могилянська академія». 2004. 166 с
103. СпівДія. URL: <https://spivdiia.org.ua/>. (дата звернення: 05.02.2026).
104. Споживання алкоголю в Україні: поведінка та ставлення результати соціологічного опитування серед дорослих віком від 18 років. Листопад 2024: основні результати. URL: <https://www.who.int/ukraine/uk/publications/-m/item/alcohol-consumption-in-ukraine-key-findings>. (дата звернення: 03.02.2026).
105. Статистика ЗТП. URL: <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/zalezhnist-vid-psikhoaktivnikh-rechovin/zamisna-pidtrimuvalna-terapiya-zpt/statistika-zpt>. (дата звернення: 05.02.2026).
106. Теорія і практика психологічної допомоги та реабілітації: підручник / за заг. ред. Василя Осьодла. Київ: НУОУ імені Івана Черняхівського, 2020. 484 с.
107. Фінальний змістовний звіт про реалізацію гранту (додаток 3 до Грантової Угоди № G-Gra-04/02/23-MGP від 01 лютого 2023 р.).
108. Фінальний змістовний звіт про реалізацію гранту (додаток 3 до Грантової Угоди № G-Gra-02/02/23-MGP від 0 лютого 2023 р.).
109. Хоронжевська І. С., Орленко І. К., Гринішин А. Л. *Аналіз причин та чинників немедичного вживання наркотичних препаратів ін'єкційним шляхом у місті Луцьку, Волинській області. Public Health Journal*. 2024. № 1(5). С. 145–152. <https://eprints.oa.edu.ua/id/eprint/9638/>. (дата звернення: 12.11.2025).
110. Хоронжевська І. С., Юхимчук Ю. М. Стан захворюваності на вірусні гепатити А, В, С у Рівненській області України за 2017–2023 роки. *Українські медичні вісті*. 2025. Т. 17, №1–2(102–103). С. 119–122. DOI <https://doi.org/10.32782/umv-2025.1.18>.

111. Шевченко-Макаренко О. П. Моніторинг захворюваності та поширеності хронічних вірусних гепатитів, досвід виконання кроків державної цільової соціальної програми профілактики, діагностики та лікування вірусних гепатитів у Дніпропетровському регіоні. *Гепатологія*. 2015. № 3 (29). С. 18–29. URL: <https://surl.li/amrzuu>. (дата звернення: 15.12.2025).

112. Штейн Н. Г. Психологічні механізми формування адиктивної особистості *Вісник Національного університету оборони України*. К.: НУОУ, 2012. Вип. 4 (29). С. 280–285.

113. Щеплення від гепатиту В: чому варто робити і не відкладати? URL: <https://phc.org.ua/news/sheplennya-vid-gepatitu-v-chomu-var-to-robiti-i-ne-vidkladati>. (дата звернення: 12.03.2026)

114. Щирба М. Ю. Домашнє насильство: алкоголізм як причина і фактор поширення. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Право*. 2024. Т. 1, № 84. URL: <https://doi.org/10.24144/2307-3322.2024.84.1.17>. (дата звернення: 18.11.2025).

115. Як вживання алкоголю впливає на ризик раку? URL : <https://phc.org.ua/news/yak-vzhivannya-alkogolyu-vplivae-na-rizik-raku>. (дата звернення: 12.12.2025).

116. Alcohol use and addiction services in Ukraine / Samokhvalov A. V., Pidkorytov V. S., Linskiy et al. *International Psychiatry*. 2009. № 6(1). Р. 5–7. doi:10.1192/S1749367600000205.

117. AUDIT: тест для виявлення розладів, пов'язаних зі вживанням алкоголю: настанови для працівників первинної ланки медичної допомоги / Babor T. F., Higgins-Biddle J. C., Saunders J. B., Monteiro M. Копенгаген, 2025. URL: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/7759f91c-95cd-4968-a7fc-e9020d88c4b0/content>. (дата звернення: 05.01.2026).

118. Carroll S. Spirituality and purpose in life in alcoholism recovery. *J. Stud. Alcohol*. 1993. № 3. Р. 297–301.

119. Changes in alcohol use during COVID-19 and associations with contextual and individual difference variables: a systematic review and meta-analysis

/ Acuff S. F., Strickland J. C., Tucker J. A., Murphy J. G. *Psychol Addict Behav.* 2022. № 6(1). P. 1–19. doi: 10.1037/adb0000796.

120. Chou T, D'Orsogna M. R. A mathematical model of reward-mediated learning in drug addiction. *Chaos.* 2022. № 32(2). doi: 10.1063/5.0082997.

121. Detection of HIV and HCV infections among antibody-negative blood donors by nucleic acid amplification testing / Stramer S. L., Glynn S. A., Kleinman S. H. et al. *Engl. J. Med.* 2004. № 351(8). DOI: 10.1056/NEJMoa040085. (дата звернення: 12.12.2025).

122. Drinking in the year after treatment as a predictor of three-year drinking outcomes / Maisto S. A, Clifford P. R, Stout R. L, Davis C. M. *J. Stud. Alcohol.* 2006. № 67(6). P. 823–832. doi: 10.15288/jsa.2006.67.823.

123. Epidemiology of hepatitis B and associated liver diseases in China / Zhang Y., Zhang H., Elizabeth A., Liu X. Q. *Clin. Med. Sci. J.* 2013. № 27(4). P. 243–248. DOI: 10.1016/s1001-9294(13)60009-7. (дата звернення: 13.09.2025).

124. European Drug Report 2025: Trends and Developments URL: https://www.euda.europa.eu/index_en (дата звернення: 19.09.2025).

125. European Union Drugs Agency. URL: https://www.euda.europa.eu/index_en. (дата звернення: 13.10.2025).

126. Global health sector strategy on viral hepatitis 2016–2030. WHO. URL: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246177/1/WHO-HIV-2016.06-eng.pdf?ua=1>. (дата звернення: 22.11.2025).

127. Global Information System on Alcohol and Health (GISAH) URL: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/global-information-system-on-alcohol-and-health> (дата звернення: 13.12.2025).

128. Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders. 2024. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240096745> (дата звернення: 17.09.2025).

129. Global strategy to reduce the harmful use of alcohol. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241599931> (дата звернення: 13.12.2025).

130. Global, regional, and national trends in drug use disorder mortality rates across 73 countries from 1990 to 2021, with projections up to 2040: a global time-series analysis and modelling study / Kim S., Lee H., Woo S. et al. *E. Clinical Medicine*. 2025. Vol. 79. P. 1–13.
131. Hidden Markov models for alcoholism treatment trial data / Shirley K. E., Small D. S., Lynch K. G., Maisto S. A., Oslin D. W. *Ann. Appl. Stat.* 2010. № 4(1). P. 366–395. <https://doi.org/10.1214/09-AOAS282>.
132. Ismail R., Ghazalli M. N., Ibrahim N. Not all developmental assets can predict negative mental health outcomes of disadvantaged youth: a case of suburban Kuala Lumpur. *Mediterranean Journal of Social Sciences*. 2015. V 6, № 5. P. 452–459. <https://doi.org/10.5901/mjss.2015.v6n5s1p452>.
133. Maisto S. A, McKay J. R, O'Farrell T. J. Twelve-month abstinence from alcohol and long-term drinking and marital outcomes in men with severe alcohol problems. *J Stud Alcohol*. 1998. № 59(5). P. 591–598. doi: 10.15288/jsa.1998.59.591.
134. Reducing the harmful use of alcohol: have international targets been met? / Rehm J., Casswell S., Manthey J., Room R., Shield K. *European Journal of Risk Regulation*. 2021. № 12(2). P. 530–541. doi:10.1017/err.2020.84.
135. Room R, Cook M, Laslett A.-M. Substance use and the Sustainable Development Goals: will development bring greater problems? *Drugs: Education, Prevention and Policy*. 2024. № 31(1). P. 148–157. <https://doi.org/10.1080/09687637.2022.2150125>.
136. The registered incidence and prevalence of substance use disorders in Ukraine during the era of dramatic changes (1955–2023) / Linskiy I., Minko O., Grinevich E., Burlaka V., Serdiuk O. *Discov Public Health* 2026. V. 23. <https://doi.org/10.1186/s12982-026-01357-8/>.
137. 2024 Global AIDS update. URL: <https://crossroads.unaids.org/>. (дата звернення: 01.12.2025).
138. Warren K.R., Hewitt B. G. NIAAA: advancing alcohol research for 40 years. *Alcohol Res Health*. 2010. № 33(1–2). P. 5–17. PMID: PMC3887496.

139. Wastewater analysis and drugs — a European multi-city study. URL: https://www.euda.europa.eu/publications/pods/waste-water-analysis_en. (дата звернення: 05.02.2026).
140. WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000–2025. Geneva: World Health Organization, 2021, <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/348537/9789240039322-eng.pdf>. (дата звернення: 15.01.2026).
141. World Cancer Report. URL: https://www.iarc.who.int/cards_page/world-cancer-report/(дата звернення: 15.11.2025).
142. World Drug Report 2023. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime. URL: <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2023>.

ДОДАТКИ

Додаток 1

Роль сімейних лікарів у виявленні, лікуванні та профілактиці алкоголізму та наркоманії.

Стаж роботи сімейним лікарем

☐ до 5 років ☐ 5–10 років ☐ 10–20 років ☐ більше 20 років

У якому році почали задавати питання про вживання алкоголю чи ПАР?

☐ 2018 ☐ 2019 ☐ 2020 ☐ 2021 ☐ 2022 ☐ 2023 ☐ 2024.

Як часто під час загального огляду ви ставите запитання щодо вживання алкоголю чи ПАР?

☐ Завжди ☐ Часто ☐ Тільки при наявності симптомів ☐ Рідко.

Які методи скринінгу ви використовуєте?

☐ Опитувальники (AUDIT, ASSIST) ☐ Візуальний огляд ☐ Лабораторні показники ☐ Власна інтуїція.

Чи отримували Ви спеціальну підготовку з лікування залежностей?

☐ Так ☐ Ні

Які основні бар'єри заважають ранньому виявленню залежностей?

☐ Брак часу на прийомі ☐ Приховування інформації пацієнтом ☐ Відсутність уніфікованих протоколів ☐ Небажання лікаря втручатися в особисте життя.

Чи відчуваєте ви себе достатньо компетентним для надання допомоги пацієнтам з початковою стадією залежності?

☐ Так ☐ Скоріше так ☐ Потрібне додаткове навчання.

Як налагоджена взаємодія з вузькими спеціалістами (наркологами)?

☐ Швидка переадресація ☐ Пацієнти часто не доходять при направленні ☐ Складнощі з конфіденційністю.

Які форми профілактичної роботи ви вважаєте найефективнішими в умовах Острозької ТГ?

☐ Індивідуальні бесіди ☐ Розповсюдження буклетів ☐ Робота з родинами пацієнтів.

Наскільки часто Ви рекомендуєте пацієнтам скринінг на ВІЛ/гепатити/туберкульоз, як пов'язані з залежністю?

☐ Часто ☐ Іноді ☐ Рідко ☐ Ніколи

Чи достатньо Ви залучені до міжвідомчих ініціатив щодо залежностей?

☐ Так ☐ Частково ☐ Ні

На Ваш погляд, чи достатньо ресурсів (час, обладнання, фінансування) для роботи з залежними?

☐ Так ☐ Частково ☐ Ні