

Защик Н.С., Слабкий Г.О., Рогач І.М.

Щодо профілактики саморуйнівної поведінки у населення України

Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України
ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м.Ужгород

Мета роботи. Представити методичні підходи до проведення профілактики саморуйнівної поведінки серед населення України.

Під час виконання дослідження використано біблосемантичний метод та метод структурно-логічного аналізу.

Результати. Поширення саморуйнівної поведінки серед населення України викликає необхідність розробки та впровадження ефективних програм/заходів профілактики та подолання даного явища. Особливого значення це має в умовах впровадження в Україні системи громадського здоров'я. Аналіз наукових досліджень з даної теми дозволяє зробити висновок, що «самогубство – це свідомі та умисні дії, спрямовані на позбавлення себе життя» [1]. Причини само руйнівної поведінки є багатогранними. За літературними даними вони розділяються на наступні групи [2]: соціально-економічні, морально-психологічні, ментальні, політично-правові.

Профілактика має на меті виявлення, послаблення дії та усунення причин суїцидальної поведінки та самогубств. Вона представляє собою систему соціально-економічних, соціально-політичних, правових, організаційних та виховних заходів, які проводить держава і суспільство з метою усунення виявлених детермінант і охоплює основні види життєдіяльності кожної людини: економічні, політичні, духовні. Профілактика суїцидальної поведінки та самогубств потребує комплексного міжсекторального підходу з вирішенням існуючих соціальних, економічних, правових, духовних, культурних, медичних та інших масових проблем, які зумовлюють дане явище. Загальними вимогами до соціальної профілактики є обґрунтованість, повнота охоплення, конкретність, своєчасність, реальність. Профілактичні заходи мають бути диференційованими за місцем і часом їх проведення.

Висновки. профілактика самогубств є складним процесом, який включає заходи державного, правового, соціально-економічного, медичного, психологічного, педагогічного та інш. характеру і мають бути безперервними та послідовними.

Література

1. Визначення поняття «самогубство» та його диференціація з іншими випадками смерті: метод. рекомендації/ С.В. Жабокрицький. – К.: МОЗ України, Укр. Центр наук. мед. інформації та патентно-ліценз. роботи, Укр НДІ соц. та суд. психіатрії, 1996- 19 с.
2. Женунтій В.І. Причини самогубства в Україні/ В.І.Женунтій, Л.М.Шестопалова//Наук. вісник Юрид академія М-ва внутрішніх справ. – 2003- №2 (11) – С. 256-268.

Іванчук І.О.

Україна. Забезпечення стійкості замісної підтримуючої терапії шляхом надання державних коштів та розширення практики видачі ліків для самостійного прийому як підходу, спрямованого на зменшення економічного навантаження, пов'язаного з наданням послуг з охорони здоров'я

ДУ «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України»

Зниження економічного навантаження, пов'язаного з замісною підтримуючою терапією шляхом розширення дозвільних препаратів для самостійного прийому в Україні.

За оцінками на 2017 рік, в Україні налічується 245 610 СН. З них 41 547 зареєстровані як пацієнти, які страждають на «психічні та поведінкові розлади через споживання опіоїдів» станом на 1 січня 2018 року. Серед країн Європейського регіону ВОЗ Україна має найбільший тягар захворювань, пов'язаних з ВІЛ. Головну роль у розвитку епідемії відіграють ключові групи населення, серед яких найвищий рівень поширеності ВІЛ серед людей, які вживають ін'єкційні наркотики (близько 22%), з переважною підгрупою – це опіодні споживачі. Тому розвиток країни з ВІЛ-сервісами, що надаються СН, такими як програми обміну голочок та шприців та замісна підтримуюча терапія, є особливо актуальними для країни.

Опис практики

Програма замісної підтримуючої терапії (ЗПТ) була впроваджена та поширена в Україні з 2004 року. Протягом більш ніж 10 років існування програми витрати на закупівлю лікарських засобів та їх логістичне управління були

повністю охоплені міжнародними донорами, а саме: Глобальним фондом для боротьби з ВІЛ/СНІД, туберкульозом та малярією (GFTAM). На сьогодні Україна має найбільшу програму ЗПТ у регіоні ЕЕСА, і на 01.01.2018 вона охоплює 10 189 пацієнтів.

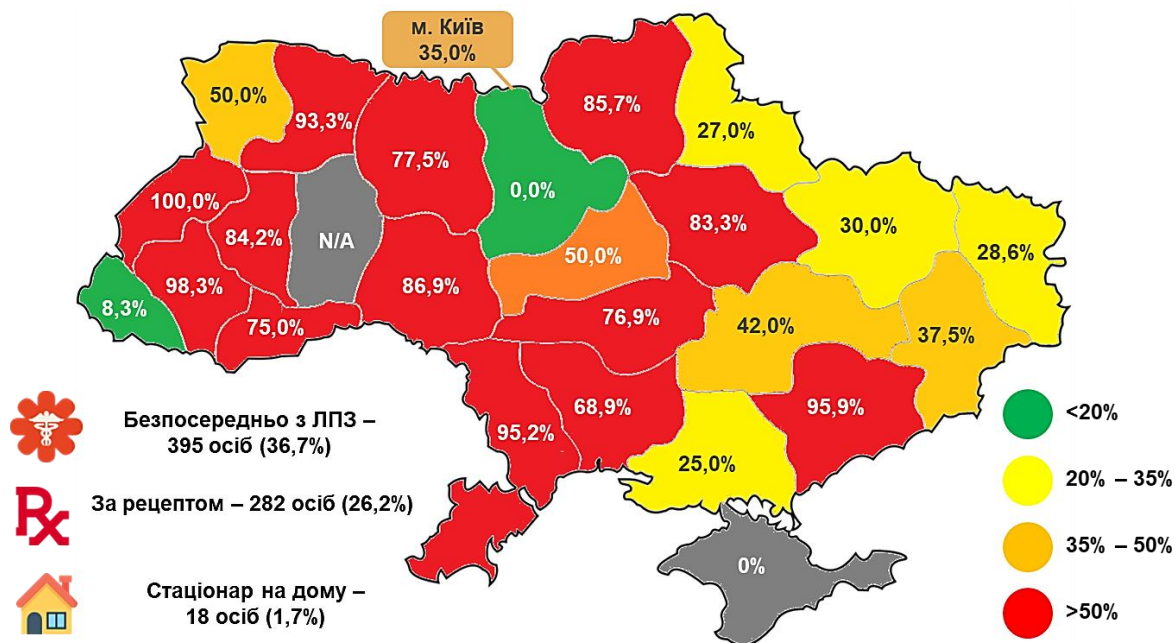
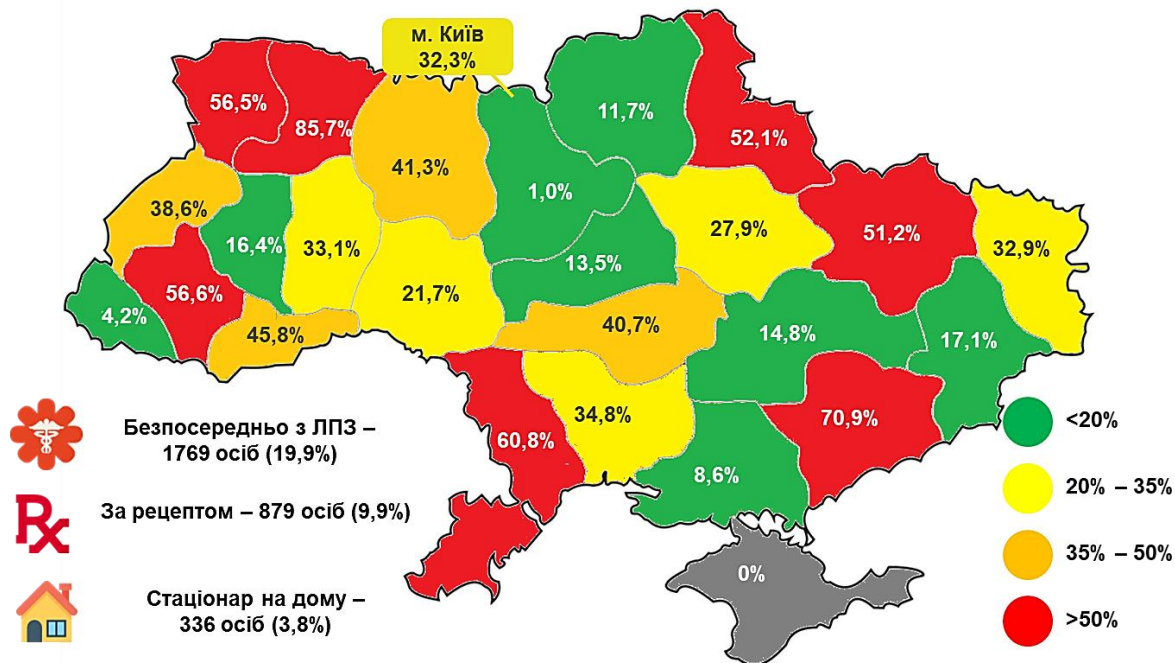
Незважаючи на потребу у ЗПТ, уряд фінансував лише функціонування кабінетів ЗПТ, не виділяючи жодних коштів на придбання препаратів ЗПТ, що поставило під загрозу стійкість та подальший розвиток програми через зменшення фінансування донорів. У 2016 році за участю Центру громадського здоров'я, Всеукраїнської мережі людей, що живуть з ВІЛ та інших партнерів, була проведена активна пропагандистська кампанія, спрямована на виділення коштів з державного бюджету на закупівлю та управління логістикою препаратів ЗПТ. У 2017 році було придбано достатню кількість ліків для забезпечення потреб усіх існуючих пацієнтів. З кінця 2017 року управління логістикою (доставка та зберігання) препаратів також фінансується з державного бюджету.

Враховуючи велику кількість часу, що був витрачений на впровадження ЗПТ, і той факт, що більшість пацієнтів отримувало довготривале лікування та були стабільними, протягом 2015 року були вжиті активні заходи для внесення змін до нормативної бази, для того, щоб започаткувати видачу наркотичних препаратів для самостійного прийому стабільним пацієнтам. З цією метою були проведені переговори з Міністерством внутрішніх справ України та іншими зацікавленими сторонами щодо зміни існуючого законодавства. Необхідність ведення переговорів з Міністерством внутрішніх справ України була пов'язана з тим, що згідно з українськими нормами, хоча надання послуг ЗПТ визначається Міністерством охорони здоров'я України, всі законопроекти мають узгоджуватися з правоохоронними органами, як правила регулювання наркотиків, що вважаються відповідальними обома міністерствами. Довгий час представники правоохоронних органів виступали проти запровадження практики самостійного прийому, виправдовуючи це значними ризиками неправильного вживання наркотиків та його витоку на незаконний ринок. Для одержання схвалення Міністерства внутрішніх справ України було проведено активну роботу, яка тривала приблизно рік, що включала в себе інформування та навчання щодо впровадження програм ЗПТ, досвіду видачі лікарських препаратів для самостійного прийому в інших країнах, підходів та заходів для запобігання неправильному використанню препаратів, та налагодження співпраці між структурними підрозділами охорони здоров'я та поліцією.

На початку 2016 року набули чинності зміни в нормативній базі, що дозволило активно впровадити практику доставки препаратів стабільним пацієнтам, за умов дотримання певних критеріїв (наявність в програмі ЗПТ не менше 6 місяців, відсутність порушень правил участі в програмі, стриманість від інших препаратів, що підтверджується результатами щомісячних тестів на протязі 6 місяців), що затверджено наказом Міністерства охорони здоров'я України від 27.03.2012 № 200 «Про затвердження Порядку проведення замісної підтримувальної терапії хворих з опіоїдною залежністю». На початку 2018 року 64.7% and 33.5% хворих отримували бупренорфін та метадон для самостійного прийому на строк до 10 днів. В Україні зараз присутні три форми видачі лікарських препаратів для самостійного прийому: 1) пацієнти отримують ліки безпосередньо із закладів охорони здоров'я; 2) стабільні пацієнти за рецептом отримують ліки в аптеках; 3) пацієнти отримують ліки на дому у випадках, коли вони не можуть щоденно відвідувати заклад охорони здоров'я через проблеми зі здоров'ям.

Докази впливу / ефективності

Станом на 1 січня 2018 року частка пацієнтів, які отримують препарати ЗПТ для самостійного прийому, в різних регіонах країни була різною. Майже всі регіони України активно впроваджують цю практику, але масштаби її впровадження мають значні регіональні відмінності. Передбачалося, що державне фінансування забезпечить безперервність лікування вже існуючих пацієнтів. Проте, завдяки активній кампанії з пропаганди, фінансування було отримано не лише для забезпечення безперервності лікування, але й для розширення програми. Таким чином, протягом 2017-2018 років програма буде розширена, щоб додатково охопити приблизно 2000 людей, що становить 20% тих, хто вже отримує лікування. Впроваджуючи практику видачі ліків для самостійного прийому, не очікувалося, що його введення відбудеться з поспіхом, оскільки була присутня різноманітність думок правоохоронних органів та навіть окремих медичних працівників. Проте протягом двох років стало можливим не тільки запровадити практику видачі ліків для самостійного прийому, але і суттєво розширити практику, охопивши 64.7% пацієнтів, які отримували бупренорфін, і 33,5% пацієнтів, які отримували метадон.



Стійкість

Впровадження та розширення практики видачі препаратів для самостійного прийому не вимагає додаткових ресурсів від міжнародних донорів. Навпаки, ця практика дозволяє заощаджувати ресурси для медичних установ зменшуючи фінансове навантаження для держави у здійсненні програми зменшення шкоди. Враховуючи великий тягар ВІЛ в Україні, у якому велику роль відіграють СІН, ця практика є своєчасною та фінансованою державою, що є важливим прикладом для інших країн-членів ЕЕСА, яку слід враховувати при наблизненні їх національних програм та політик відносно до ВІЛ у майбутньому.