

ISSN 2415–8763

# ЕКОНОМІКА І ПРАВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Экономика и право здравоохранения  
Economy and legislation of health care

№ 2 (8), 2018

НАУКОВО-  
ПРАКТИЧНИЙ  
ЖУРНАЛ

ISSN 2415–8763

Економіка і право охорони здоров'я № 2 (8), 2018

ISSN 2415–8763

**Економіка і право  
охорони здоров'я**

**№ 2 (8), 2018**

## Економіка і право охорони здоров'я

№ 2 (8), 2018

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

ПЕРІОДИЧНІСТЬ ВИХОДУ – 2 рази на рік

ЗАСНОВАНИЙ – грудень 2014 року

### ЗАСНОВНИКИ

Державна установа «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України»  
Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія»  
Державний вищий навчальний заклад «Ужгородський національний університет»

**ГОЛОВНИЙ РЕДАКТОР** – Слабкий Г.О.

**ЗАСТУПНИКИ ГОЛОВНОГО РЕДАКТОРА** – Дзюба О.М., Ждан В.М., Смоланка В.І.

**ВІДПОВІДАЛЬНИЙ РЕДАКТОР** – Ситенко О.Р.

**ДИЗАЙН І ВЕРСТКА** – Кривенко Є.М.

**ГОЛОВА СЕКРЕТАРІАТУ** – Дудник С.В.

**СЕКРЕТАРІАТ** – Касинець С.С. (Полтава), Бутенко І.В. (Київ), Качала Л.О. (Ужгород)

### РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ (голова редакційної колегії – д.мед.н., проф. Ковальова О.М.)

Голованова І.А., Істомін С.В., Карамзіна Л.А., Лазур Я.В., Мельник П.С., Мікловда В.П.,  
Нагорна А.М., Приходько В.О., Рогач І.М., Рогач О.Я., Ситенко О.Р., Слабкий Г.О.,  
Фера О.В., Чепелевська Л.А., Черемухіна О.М., Чопей І.В., Шатило В.Й.

### РЕДАКЦІЙНА РАДА (голова редакційної ради – д.мед.н., проф. Лехан В.М. (Дніпропетровськ))

Васильєв К.К. (Одеса), Вороненко Ю.В. (Київ), Голубчиков М.В. (Київ), Грузєва Т.С. (Київ),  
Децик О.З. (Івано-Франківськ), Камінська Т.М. (Харків), Клименко В.І. (Запоріжжя),  
Кобер Л. (Словаччина), Коваленко О.С. (Київ), Кочет О.М. (Київ), Краков'як Я. (Польща),  
Кудренко М.В. (Київ), Лашкул З.В. (Запоріжжя), Лобас В.М. (Красний Лиман), Любінець О.В. (Львів),  
Медведовська Н.В. (Київ), Миرونюк І.С. (Ужгород), Моїсеєнко Р.О. (Київ), Овоц А. (Польща),  
Огнев В.А. (Харків), Тодоров І.Я. (Ужгород), Толстанов О.К. (Київ), Шафранський В.В. (Київ)

Журнал включено до Переліку наукових фахових видань

України, в яких можуть публікуватися результати  
дисертаційних робіт на здобуття наукових ступенів  
доктора і кандидата наук, затвердженого наказом  
Міністерства освіти і науки України від 07.10.2016 № 1222

Рекомендовано до друку Вченою радою  
ДУ «Український інститут стратегічних досліджень  
МОЗ України» (протокол № 10 від 25.10.2018 р.)

#### АДРЕСА РЕДАКЦІЇ:

провулок Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна  
телефон: +380 44 576-41-19; 576-41-09  
факс: +380 44 576-41-20; 576-41-09  
e-mail: s.nauka@ukr.net

Свідоцтво про державну реєстрацію  
КВ № 21125-10925Р від 24.12.2014 р.

Підписано до друку 26 жовтня 2018 р.  
Загальний наклад 100 прим. Зам. № 10//06/01

#### ВИДАВЕЦЬ:

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень  
Міністерства охорони здоров'я України»  
провулок Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна

#### ВИДАВНИК:

«СПД ФО «Коломіцин В.Ю.»  
Свідоцтво про державну реєстрацію  
В02 № 257914 від 09.12.2002 р.

Надруковано у МВЦ «Медінформ»  
вулиця Котельникова, 95, м. Київ, 03179, Україна  
тел./факс +380 44 501-35-69

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи  
до Державного реєстру видавців, виготівників  
і розповсюджувачів видавничої продукції  
ДК № 1194 від 15.01.2003 р.

Усі статті рецензовано. Відповідальність за достовірність фактів та інших відомостей у публікаціях несуть автори.  
Цілковите або часткове розмноження в будь-який спосіб матеріалів, опублікованих у цьому виданні,  
допускається лише з письмового дозволу редакції.

## ЗМІСТ / CONTENT

|   |    |
|---|----|
| <i>Власик Л.Й.</i><br><b>Науково-практична конференція профілактичного спрямування як форма удосконалення професійних компетентностей медичних працівників первинної ланки у питаннях профілактики основних неінфекційних захворювань</b> | 5  |
| <i>Vlasyk L. Y.</i><br><b>Scientific-practical prevention-oriented conference as a form of improving the professional competencies of primary health care workers in the prevention of main non-communicable diseases</b>                 |    |
| <i>Голованова І.А., Ляхова Н.О.</i><br><b>Медико-соціальне обґрунтування оптимізованої моделі надання ортодонтичної допомоги дитячому населенню на регіональному рівні</b>  | 11 |
| <i>Holovanova I.A., Lyakhova N.A.</i><br><b>Medical-social justification of optimized model for providing of dental orthodontic assistance for the children`s population at the regional level</b>  |    |
| <i>Децик О.З., Мельник Р.М.</i><br><b>Аналіз бачення медичних працівників щодо проблем організації педіатричної паліативної допомоги в Україні</b>  | 17 |
| <i>Detsyk O.Z., Melnyk R.M.</i><br><b>Analysis of the medical workers' vision on the problems of pediatric palliative care management in Ukraine</b>  |    |
| <i>Дудіна О.О., Дудник С.В.</i><br><b>Методологічні підходи до визначення показників ефективності діяльності закладів перинатальної допомоги</b>  | 23 |
| <i>Dudina O.O., Dudnyk S.V.</i><br><b>Methodological approaches to the determination of efficiency rates of perinatal care institutions activity</b>  |    |
| <i>Лехан В.М., Іпатов А.В., Крячкова Л.В., Козир О.А.</i><br><b>Вплив медико-соціальних факторів на якість життя хворих</b>   | 32 |
| <i>Lekhan V.M., Ipatov A.V., Kryachkova L.V., Kozir O.A.</i><br><b>The influence of medical and social factors on the quality of life of patients</b>   |    |
| <i>Лашкул З.В., Балашов Д.Г.</i><br><b>Аналіз захворюваності на венеричні хвороби в Україні та Запорізькій області за 2012–2017 рр.</b>   | 37 |
| <i>Lashkul Z.V., Balashov D.G.</i><br><b>Analysis of the morbidity of venereal diseases in Ukraine and Zaporizhzhya region for 2012–2017</b>  |    |
| <i>Миронюк І.С., Слабкий Г.О.</i><br><b>Окремі аспекти впливу системи громадського здоров'я на якість життя особи</b>   | 42 |
| <i>Mironyuk I.S., Slabkiy G.O.</i><br><b>Special aspects of public health system upon the person's quality of life</b>  |    |
| <i>Михальчук В.М., Бондарь С.О.</i><br><b>Удосконалена регіональна модель профілактики шкільного травматизму</b>  | 47 |
| <i>Mikhalchuk V.M., Bondar S.O.</i><br><b>An improved regional model for preventing school injuries</b>   |    |
| <i>Ринда Ф.Ф.</i><br><b>Актуальні питання становлення системи громадського здоров'я в Україні</b>   | 53 |
| <i>Rynda F.F.</i><br><b>Actual issues of the formation of the public health system in Ukraine</b>   |    |

|  |    |
|--|----|
| <i>Рогач І.М., Слабкий Г.О., Смірнов М.М., Жорник В.В.</i><br><b>Модель фінансування закладів охорони здоров'я на прикладі Франції в системі Т2А</b>   | 59 |
| <i>Rogach I.M., Slabkiy G.O., Smirnov M.M., Zhornyk V.V.</i><br><b>Financing model of healthcare institutions based on the example of France within the T2A system</b>                                   |    |
| <br>   |    |
| <i>Романюк В.М., Возний О.В., Павлов С.В.</i><br><b>Перспективи використання молекулярно-біологічних маркерів при ортопедичній реабілітації стоматологічних хворих з захворюваннями тканин пародонту</b> | 64 |
| <i>Romaniuk V.N., Voznyi A.V., Pavlov S.V.</i><br><b>Prospects for the use of molecular-biological markers in prosthetic rehabilitation of dental patients with periodontal disease</b>                  |    |
| <br>   |    |
| <i>Слабкий Г.О., Білак-Лук'янчук В.Й.</i><br><b>Огляд національного законодавства та політик у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу</b>   | 70 |
| <i>Slabkiy G.O., Bilak-Lukianchuk V.Y.</i><br><b>Review of national HIV/AIDS legislation and policy</b>  |    |
| <br>   |    |
| <i>Слабкий Г.О., Миронюк І.С., Кошеля І.І., Качала Л.О.</i><br><b>Вплив системи громадського здоров'я на безпеку здоров'я суспільства</b>  | 76 |
| <i>Slabkiy G.O., Mironyuk I.S., Koshelya I.I., Kachala L.A.</i><br><b>Public health system influence upon the safety of public health</b>  |    |
| <br>   |    |
| <i>Vareckova Lubica</i><br><b>Mental burden at experiencing anxiety and proper forms of psychohygiene</b>  | 81 |
| <i>Варечкова Любіца</i><br><b>Психологічне перевантаження під час тривоги та відповідні форми психогієни</b>   |    |
| <br>   |    |
| <b>Матеріали учасників конференції<br/>«Маркери оцінки якості життя через призму громадського здоров'я» (8–9 листопада 2018 року)</b>  | 86 |
| <b>Materials of the conference participants<br/>"Markers of quality of life assessment through the prism of public health" (November 8–9, 2018)</b>  |    |

Л.Й. Власик

## **Науково-практична конференція профілактичного спрямування як форма удосконалення професійних компетентностей медичних працівників первинної ланки у питаннях профілактики основних неінфекційних захворювань**

**ВДНЗ «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці, Україна**

**Мета.** Дослідити та запропонувати застосування нових неформальних форм післядипломної освіти для удосконалення професійних знань та вмінь медичних працівників первинної ланки у сфері профілактики основних неінфекційних захворювань.

**Матеріали та методи.** Стратегічні документи ВООЗ з питань профілактики неінфекційних захворювань; вітчизняні нормативні акти щодо післядипломної освіти та первинної медико-санітарної допомоги, а також матеріали 53 науково-практичних конференцій профілактичного спрямування на базі міської комунальної медичної установи. Застосовані методи: бібліосемантичний, інформаційно-аналітичний, описового моделювання, статистичний.

**Результати.** Підтверджено постійне ведення пошуку ефективних неформальних форм післядипломної освіти у всьому світі. Досліджені науково-практичні конференції профілактичного спрямування охарактеризовані як приклад просвітницького налаштування, фаховості та інтегрованого підходу до організації навчання працівників первинної ланки. Позитивні зміни прослідковуються у роботі з пацієнтами щодо припинення тютюнокуріння.

**Висновки.** Науково-практична конференція профілактичного спрямування як форма удосконалення професійних компетентностей медичних працівників може бути рекомендованою для закладів первинного та вторинного рівня.

**Ключові слова:** науково-практична конференція профілактичного спрямування, неформальна освіта, основні неінфекційні захворювання.

### **ВСТУП**

Відповідно до викликів XXI століття у світі виникає необхідність переформатування систем охорони здоров'я для надання комплексних та інтегрованих послуг, орієнтованих на потреби пацієнта [6]. Головним завданням лікаря первинного рівня надання медичної допомоги є збереження здоров'я населення та попередження виникнення захворювань. Подовжити тривалість здорового життя можна шляхом впливу на керовані процеси, тому саме на неінфекційних захворюваннях (НІЗ), які зумовлюють більшу частину Глобального тягаря хвороб в світі та піддаються впливу, має бути сконцентрована увага медичних працівників [1]. У зв'язку з постарінням та зuboжінням населення, зростанням поєднаної патології, поширеністю поведінкових та соціальних чинників виникнення захворювань на рівні громад відповідальність лікаря за якісне проведення профілактичної роботи зростає. Сімейні лікарі, як і дільничні терапевти міських поліклінік, потребують постійного професійного розвитку у т.ч. заповнення прогалів у знаннях та вміннях щодо профілактичних втручань. Організація підвищення професійної кваліфікації кадрів є важливою складовою організаційно-методичної роботи Центрів первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД) відповідно до Положення про них [5]. Актуальність питання зростає в останні роки у зв'язку з обговоренням та впровадженням безперервної післядипломної освіти для медичних працівників [4]. Науково-практичні конференції профілактичного спрямування могли б зайняти чільне місце у неформальній та колективній самоосвіті щодо профілактики НІЗ на первинному рівні надання медичної допомоги.

**Мета роботи** – дослідити та запропонувати застосування нових неформальних форм післядипломної освіти для удосконалення професійних знань та вмінь медичних працівників первинної ланки у сфері профілактики НІЗ.

### **МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ**

При проведенні дослідження використані стратегічні документи ВООЗ з питань інтегрованої медичної допомоги та профілактики НІЗ; вітчизняні нормативні акти щодо післядипломної освіти та ПМСД, а також матеріали конференцій профілактичного спрямування на базі комунальної медичної установи «Міська поліклініка №1», м. Чернівці. Досліджені протоколи, фото-звіти, додаткові матеріали 53 конференцій, проведених упродовж 2005–2016 років. Методи дослідження: бібліосемантичний, інформаційно-аналітичний, описового моделювання, статистичний.

### **РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ**

Як зазначено у Дорожній карті Монтевідео 2018–2030 рр. щодо НІЗ як пріоритету сталого розвитку, інвестування у підготовку висококваліфікованих, добре навчених, забезпечених ресурсами медичних працівників є важливою складовою у процесі зміцнення системи охорони здоров'я та соціального захисту, що є необхідним для ефективного проведення профілактики та пропаганди здоров'я [10]. Сучасний фахівець первинної медичної допомоги повинен розбиратися у проблемах глобального здоров'я, включаючи міждержавну взаємодію та охорону

громадського здоров'я на рівні держави і громади. Через це компетенції працівників первинної медичної допомоги повинні бути значно розширеними і навчальні програми інтегровані на вирішення соціально значущих проблем сьогодення [12]. З іншого боку, дозволено до застосування Українська Міжнародна Класифікація ПМД-2-ICPC-2 [2]. передбачає звернення пацієнтів не лише з симптомами та скаргами медичного характеру, але й з психологічними (P) та соціальними (Z) проблемами. Серед процесів (відповідно до кодів) лікар може наглядати, навчати, надавати консультацію або застосовувати інші профілактичні процедури (код-49). Особливо актуальними є такі дії лікаря по відношенню до пацієнтів з факторами ризику серцево-судинних захворювань, онкологічної патології, хронічних захворювань органів дихання та цукрового діабету. Виникнення і прогресування основних НІЗ супроводжуються, як правило, психологічними (P03 Пригнічений настрій) та соціальними (Z01 Бідність/фінансова проблема; Z11 Проблема прихильності до лікування) негараздами. Таким чином, медичний працівник первинної ланки у повсякденній практиці може надавати послуги пацієнтам з широким колом проблем.

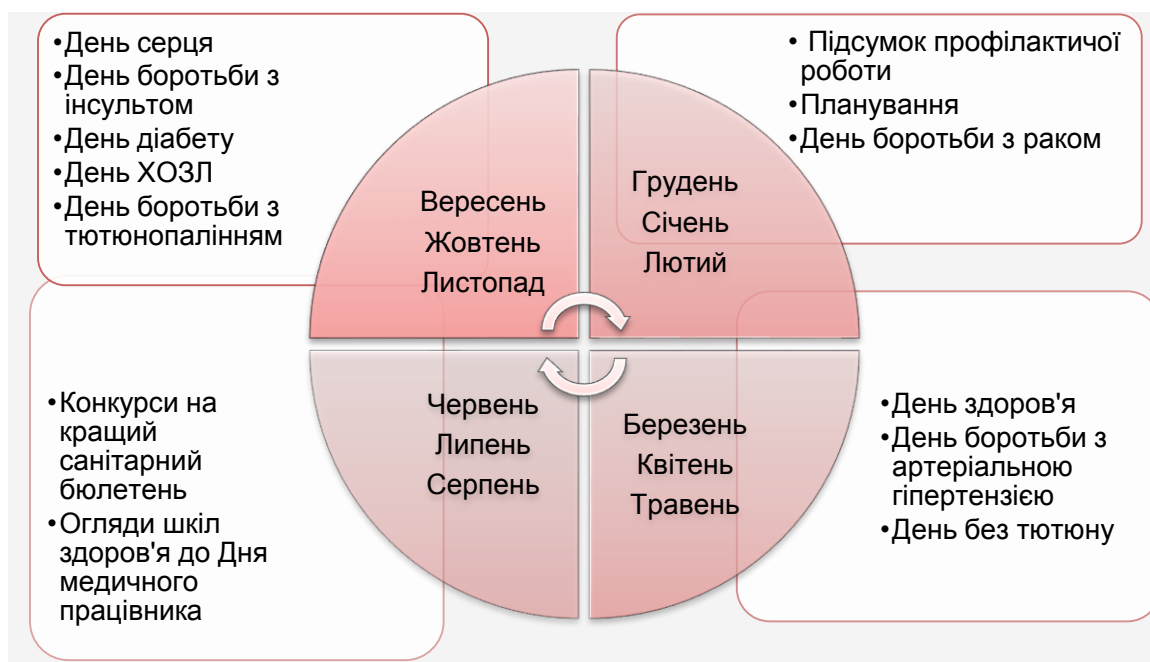
До впровадження ICPC-2 усі звернення в амбулаторно-поліклінічний заклад в основному поділялися на дві великі групи: з приводу захворювання (3/4) та з метою профілактичного огляду (1/4). За скаргами пацієнта з захворюванням слідувала очікувана рекомендація лікарем певного препарату. Проходження профілактичного огляду пацієнтом, що у більшості випадків відбувалося формально, мало на меті отримання довідки або іншої медичної форми. Зусилля щодо розриву цього замкнутого кола «скарги – лікар – медичний препарат – скарги» або «довідка – профілактичний огляд – довідка» необхідно спрямовувати у двох напрямках: підвищення медичної грамотності пацієнтів та навчання лікарів, які повинні її формувати. Роль сімейного лікаря у переформатуванні свідомості пацієнта на збереження власного здоров'я є визначальною, зокрема щодо цільового та комплексного впливу на недостатню фізичну активність, нездорове харчування, споживання тютюнових виробів та алкоголю. У багатьох країнах накопичений досвід тематичного удосконалення медичних кадрів з цих питань. Причому навчальна програма щодо основ пропагування здоров'я та профілактики НІЗ на рівні первинної медичної допомоги проводиться як для лікарів, так і для медичних сестер [7]. У регіонах, які стикаються з подвійним тягарем інфекційних і неінфекційних захворювань (Африка, Латинська Америка) вважають першочерговим завданням підвищення обізнаності, освіти та акредитацію фахівців у сфері охорони здоров'я. Так, латиноамериканський регіональний центр глобальної ініціативи EIM (Exercise is Medicine) розробив одноденний безкоштовний 8-годинний курс для спеціалістів з охорони здоров'я (лікарів загальної практики, фізіотерапевтів, ін. спеціалістів) з теоретичними і практичними компонентами. Окреслено роль лікаря первинної ланки як ключової фігури, яка може передавати свої знання колегам у рамках одного закладу [8]. До прикладу, у Китаї навчальні курси з фізичної активності виникли і практикуються на великих медичних конференціях у співпраці з Китайським товариством кардіологів. У країнах Африки, Близького Сходу, Південно-

Східної Азії основна увага зосереджена на навчанні та акредитації постачальників медичних послуг, проведенні щомісячних навчань для певних округів [11]. У Швеції широко проводяться освітні тренінги для працівників охорони здоров'я. Однак, впровадження методів, орієнтованих на зміну поведінки, часто триває довше, ніж нових лікувальних технологій. Для успішної реалізації на першому місці (серед бар'єрів та вимог) виявилися підвищення знань та позитивне ставлення лікарів; наявність чіткого і сприятливого управління; потреба в центральних допоміжних структурах та місцевих координаторах. Дослідники роблять висновки про важливість кадрів первинної медичної допомоги у впровадженні методів, орієнтованих на зміну поведінки пацієнтів [9].

В Україні переформатування післядипломної освіти потребує удосконалення як за формами, так і за змістом. Для забезпечення безперервної післядипломної освіти важливо враховувати особливості мотивації лікарів-практиків до засвоєння нового [3]. Вони сприймають інформацію, у якій бачать потребу з боку своїх пацієнтів. Передача знань досвідченому лікарю викладачем-науковцем в односторонньому порядку не буде ефективною. На науково-практичних конференціях з проблем клінічної медицини питання соціальної значимості зазначаються у рубриці щодо актуальності, приводяться чинники ризику того чи іншого захворювання або стану, але основна частина доповідей представляє результати клінічних досліджень та дію рекомендованих фармакологічних препаратів. Результатом засвоєння такого повідомлення стає пік у частоті застосування препарату і зміцнення згаданого вище замкнутого кола. Перед нами постало завдання віднайти форму подачі навчального матеріалу з профілактичних програм, яка б влаштувала лікарів і була б ефективною. Перш за все така форма навчання має бути максимально наближеною до робочого місця лікаря, бути короткотривалою, цікавою і мати вихід на життєві ситуації, що трапляються у практичній діяльності. Має бути передбачено, що будь-який учасник заходу при нагоді мав би можливість представити практичний приклад з власного досвіду зі спільним пошуком колективного вирішення конкретної проблеми. Так як профілактичну роботу не можна розглядати лише як медичну проблему (запобігання та діагностики захворювань), то у навчання мають бути інтегровані питання громадського здоров'я, соціальних проблем населення на території обслуговування, соціального супроводу певних категорій населення, організації лікувально-профілактичного процесу, взаємодії із засобами масової інформації тощо. Науково-практична конференція – це ефективна форма залучення широких кіл фахівців установ і організацій, науковців до аналізу практики, узагальнення й поширення кращого досвіду створення теоретичних і методичних передумов для його впровадження. Організація конференцій потребує певних навичок і засобів. Вона повинна проводитися у зручному приміщенні, оснащеному екраном, мультимедійним проектором, з можливістю представлення наочних засобів. Час проведення підбирається між ранішнім і вечірнім прийомом пацієнтів бажано у визначений день тижня. У графік роботи лікарів можуть вноситися зміни відповідно

до часу, необхідного для прибуття до місця проведення. Основна програма розраховується на одну годину. В цілому тривалість заходу рекомендується до 1,5 год. План конференцій узгоджується на рік, дати зібрань

підбираються напередодні визначних оздоровчих дат з інформуванням лікарів щодо тематики питань, які виносяться для розгляду (рис.).



**Рис.** Пропонована тематика організаційно-методичних, навчальних та просвітницьких заходів щодо профілактики НІЗ

Формат освітньої програми дозволяє запрошувати і середній медичний персонал, задіяний в охопленні населення профілактичними втручаннями. Програма конференції повинна тісно переплітати взаємопов'язані аспекти проблеми, зокрема актуальність повинна бути представлена не лише у світі, країні, області, але й конкретизуватися статистичними даними на рівні міста, району. Позитивним для обговорення є однакові умови виконання намічених заходів в умовах одного або однотипних закладів (амбулаторій). Календар визначних дат відображає низку соціальних питань, тому у короткому виступі можна представити підбір з декількох інформаційних повідомлень щодо таких Днів (наприклад, День людей похилого віку, День людей з інвалідністю, тощо). Відповідальний за організацію конференцій може

призначитися керівником закладу (Центру). Це може бути завідувач відділення або досвідчений лікар із організаційними здібностями та характеристикою лідера, який проводить кращу практику з профілактики НІЗ та є ентузіастом своєї справи. Для вивчення потреби та організації різнопланових регіональних освітніх проєктів з профілактики НІЗ можна запропонувати роль відповідального координатора на рівні обласних (міських) центрів здоров'я або регіональних представництв Центру громадського здоров'я у рамках впровадження заходів Національного плану боротьби з НІЗ.

Проведений нами аналіз засвідчив, що науково-практичні конференції профілактичного спрямування мають низку відмінностей від традиційних академічних (табл.).

Таблиця

**Характеристика основних спільних рис та відмінностей між конференцією науково-практичною та конференцією науково-практичною профілактичного спрямування**

| Характеристика | Конференція науково-практична   | Конференція науково-практична профілактичного спрямування                                   |
|----------------|---|---|
| Планування     | Наукова установа, орган управління, професійна асоціація                        | Лікувально-профілактичний заклад  |
| Учасники       | Лікарі  | Лікарі та медичні сестри  |
| Тематика       | Результати клінічних досліджень та рекомендації щодо їх впровадження у практику | Результати епідеміологічних, соціальних досліджень та їх урахування в практичній діяльності |
| Підхід         | Науковий, практичний  | Науковий, інтегрований, міжсекторальний, практичний   |



|                           |  |  |
|---------------------------|--|--|
| Об'єкт                    | Хворі  | Категорії населення, здорові, особи групи ризику, хворі  |
| Предмет                   | Лікування відповідно до Протоколів, Настанов           | Методика профілактичних втручань<br>Краща практика   |
| Стиль                     | Академічний, науковий                                  | Вільний, дискусійний   |
| Виступаючі                | Науковці   | Науковці, організатори охорони здоров'я, фахівці різних спеціальностей, лікарі, соціальні працівники, представники громадських організацій |
| Форми                     | Лекції<br>Запитання – відповідь<br>Обговорення         | Виступи. Круглі столи.<br>Майстер-класи<br>Обговорення   |
| Засоби                    | Реклама медичних препаратів.<br>Інформаційні матеріали | Виставки наочних засобів освіти.<br>Просвітницькі матеріали  |
| Перевірка засвоєння знань | Відсутня   | Вікторини.<br>Бліц – опитування  |
| Тривалість                | 3-4 і більше годин                                     | 1-1,5 год.   |
| Доступність               | З відривом від основних обов'язків, за межами закладу  | У рамках робочого дня, у закладі або ЦПМСД   |
| Спонсори                  | Представники фармацевтичних компаній                   | Як правило, відсутні   |

Встановлено, що з 53 конференцій профілактичного спрямування, які відбулися упродовж 12 років на базі міської поліклініки (4-5 конференцій щорічно) 40 (75,5%) були присвячені тим чи іншим питанням профілактики НІЗ, з них 28 – 70% безпосередньо питанням серцево-судинних захворювань, діабету, онкологічних захворювань, хронічного обструктивного захворювання легень та бронхіальної астми. Решта – 30% стосувалися репродуктивного здоров'я, здорової старості та дотичних соціальних питань. Активну участь в організації заходів приймали співробітники кафедри сімейної медицини, а також науковці кафедр клінічної імунології, алергології та ендокринології, внутрішньої медицини та інфекційних хвороб; гігієни та екології; соціальної медицини та організації охорони здоров'я; онкології, променевої діагностики та променевої терапії, – всього з 13 кафедр 17 науковців (у т.ч. 9 професорів, 6 доцентів) Буковинського державного медичного університету. Для виступів були запрошені також організатори охорони здоров'я: головні лікарі обласного центру здоров'я, завідувач жіночої консультації міського клінічного пологового будинку №1; лікарі-епідеміологи тодішньої міської санітарно-епідеміологічної станції (СЕС); фахівці обласних, міських закладів та поліклініки. На конференціях із соціальних питань були присутні директор міського центру «Турбота»; директор міського центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді; виконавчий директор Благодійного фонду «Нова сім'я» та представник обласної громадської організації «Сучасник». Організатором усіх науково-практичних конференцій профілактичного спрямування за підтримки адміністрації було відділення профілактики поліклініки. Завідувач відділення координував тематику, програму та активно пропагував висвітлення методики профілактичних технологій у виступах. Для зворотного зв'язку із лікарями та медичними сестрами використовувався метод бліц-опитувань. Зазвичай, на початку заходу задавалося запитання, яке по завершенні основної програми виносилося на обговорення. Для учасників науково-практичних конференцій

профілактичного спрямування найбільш цікавими виявилися заходи, присвячені питанням профілактики тютюнокуріння. Ці конференції були найбільш насичені різноманітними засобами подачі матеріалу: вікторини, презентація експромтом (озвучення учасниками запропонованих слайдів), виставка наочних засобів освіти (від плакатів до тематичних композицій з квітів). Прикладом ефективності можна визнати зміни у проведенні роботи з припинення пацієнтами тютюнокуріння. Так, після перших конференцій, погодившись на 100% з тим, що тютюнокуріння є індикаторним показником при оцінці способу життя пацієнта, лише 14,8% опитаних проводили достатньо активну роботу з пацієнтами-курцями щодо припинення цієї шкідливої звички. Взагалі не проводили, через те що не вірили у результат, 44,4%. Через 5 років на подібне запитання 78,3% лікарів відповіли, що відповідна робота проводиться з усіма курцями. Разом з тим 21,7% серед перешкод відмітили незацікавленість пацієнтів у змінах способу життя. При паралельному опитуванні пацієнтів закладу спостерігалось збільшення кількості тих, хто отримує інформацію про збереження здоров'я від медичних працівників, переважно, це були жінки, які курять.

### ВИСНОВКИ

1. Огляд зарубіжних наукових джерел підтверджує визнання вирішальної ролі підготовки кадрів для впровадження профілактичних програм у всьому світі та, відповідно, постійне ведення пошуку ефективних неформальних форм післядипломної освіти.
2. Запропоноване просвітницьке налаштування, фаховість та інтегрований підхід до організації неформальних форм післядипломної освіти здатні забезпечити засвоєння лікарями компетенцій з профілактики НІЗ та зростання профілактичної активності медичних працівників первинної ланки.
3. Освітні практично-орієнтовані заходи дають можливість проявитися неформальним лідерам, які могли взяти на себе організацію подібних форм неформальної

освіти при підтримці адміністрації та віднайдені матеріальних стимулів.

4. Науково-практична конференція профілактичного спрямування як форма неформальної післядипломної освіти може бути рекомендована для закладів первинного та вторинного рівня надання медичної допомоги (міські поліклініки, центри ПМСД)

*Перспективи подальших досліджень* пов'язані із особливостями проведення науково-практичних конференцій профілактичного спрямування на рівні сільських районів з використанням сучасних комунікаційних технологій. Потребує вивчення роль регіональних представництв служби громадського здоров'я, обласних центрів здоров'я у координації форм неформальної освіти медичних працівників з питань профілактики захворювань.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Глобальный план действий по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними на 2013-2020 гг. ВОЗ. Шестидесят шестая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения, 2013г. С.107.
2. ICPC-2–Українська Міжнародна Класифікація ПМД–2. Видання Wonca International Classification Committee (WICC) [http://moz.gov.ua/uploads/0/2955-dn\\_20180104\\_13\\_dod\\_icpc.pdf](http://moz.gov.ua/uploads/0/2955-dn_20180104_13_dod_icpc.pdf).
3. Кошова С., Горачук В., Піщиків В. Психологічні особливості мотиваційної складової у навчанні лікарів в післядипломній освіті. *Wiadomosci Lekarskie* 2018, tom LXXI, nr 3 cz II 723-727.
4. Про затвердження Положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та положень про його підрозділи: Наказ МОЗ України № 801 від 29.07.2016 р. <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1167-16>.
5. Про затвердження Положення про систему безперервного професійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров'я. Постанова КМУ від 28.03.2018 р. №302 <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/302-2018-%D0%BF>.
6. Укрепление систем здравоохранения, ориентированных на нужды людей, в Европейском регионе ВОЗ: рамочная основа для действий по организации интегрированного предоставления услуг здравоохранения». – Европейский региональный комитет, Шестидесят шестая сессия. Копенгаген, Дания, 12–15 сентября 2016 г. (документ EUR/RC66/15). – 56 с.
7. Djomba J., Vrbovšek S., Cuš B. Physical activity promotion in primary health care in Slovenia.
8. Schweizerische Zeitschrift für Sportmedizin und Sporttraumatologie, 62(2):32-34, 2014.
9. Duperly J., Collazos V., Paez C., Donado C., Pratt M., Lobelo F. “Exercise is Medicine” in Latin America: training health care professionals in physical activity prescription. *Schweizerische Zeitschrift für Sportmedizin und Sporttraumatologie*, 62(2):38-41, 2014.
10. Gustavsson C, Nordqvist M, Bröms K, Jerdén L, Kallings LV, Wallin L What is required to facilitate implementation of Swedish physical activity on prescription? – interview study with primary healthcare staff and management . *BMC Health Services Research* [Internet] 2018 18:196 Available from: <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3021-1>.
11. Highlights from the WHO Global Conference on NCDs: Enhancing policy coherence to prevent and control noncommunicable diseases 18–20 October 2017, Montevideo, Uruguay <http://www.who.int/conferences/global-ncd-conference/montevideo-report.pdf?ua=1>.
12. Lobelo F., Steinacker JM., Duperly J., Hutber A. Physical Activity Promotion in Health Care Settings: the “Exercise is Medicine” Global Health Initiative Perspective *Schweizerische Zeitschrift für Sportmedizin und Sporttraumatologie*, 62(2):42-45, 2014.
13. Truglio J., Graziano M., Vedanthan R. et al. Global Health and Primary Care: Increasing Burden of Chronic Diseases and Need for Integrated Training. *Mt Sinai J Med*.2012 Jul-Aug; 79 (4): 464-74 <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/msj.21327>.

*Дата надходження рукопису до редакції: 05.10.2018 р.*

**Научно-практическая конференция профилактической направленности как форма совершенствования профессиональных компетенций медицинских работников первичного звена в вопросах профилактики основных неинфекционных заболеваний**

Л.И. Власык

ВГУЗ Украины «Буковинский государственный медицинский университет», г. Черновцы, Украина

**Цель.** Исследовать и предложить применение новых неформальных форм последипломного образования для совершенствования профессиональных знаний и умений медицинских работников первичного звена в сфере профилактики основных неинфекционных заболеваний.

**Материалы и методы.** Стратегические документы ВОЗ по профилактике неинфекционных заболеваний; отечественные нормативные акты по последипломному образованию и первичной медико-санитарной помощи, а также материалы 53 научно-практических конференций профилактической направленности на базе городского коммунального медицинского учреждения. Применены методы: библиосемантический, информационно-аналитический, описательного моделирования, статистический.

**Результаты.** Подтверждено постоянное ведение поиска эффективных неформальных форм последипломного образования во всем мире. Исследованные научно-практические конференции профилактической направленности охарактеризованы как пример просветительского настроя, профессионализма и интегрированного подхода к организации обучения работников первичного звена. Эффективные изменения прослеживаются в работе с пациентами о прекращении курения.

**Выводы.** Научно-практическая конференция профилактического направления как форма совершенствования профессиональных компетенций медицинских работников может быть рекомендованной для учреждений первичного и вторичного уровня.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** научно-практическая конференция профилактической направленности, неформальное образование, основные неинфекционные заболевания.

**Scientific-practical prevention-oriented conference as a form of improving the professional competencies of primary health care workers in the prevention of main non-communicable diseases**

L. Y. Vlasyk

HSEI of Ukraine "Bukovinian State Medical University"

**Purpose.** Explore and propose the use of new non-formal forms of postgraduate education to improve the professional knowledge and skills of primary health care workers in the prevention of main non-communicable diseases.

**Materials and methods.** WHO strategic documents on the prevention of non-communicable diseases; domestic regulations on postgraduate education and primary health care, as well as materials of 53 scientific-practical prevention-oriented conferences on the basis of the city communal medical institution. The following methods were used: bibliosemantic, information-analytical, descriptive modeling, statistical.

**Results.** The ongoing search for effective non-formal forms of postgraduate education worldwide has been confirmed. The studied scientific-practical prevention-oriented conferences were characterized as an example of an educational setting, of professionalism and an integrated approach to the organization of training for primary care workers. Positive changes are traced in working with patients on smoking cessation.

**Conclusions.** Scientific-practical prevention-oriented conference as a form of improving the professional competencies of medical workers can be recommended for medical institutions of the primary and secondary levels.

**KEY WORDS:** scientific-practical prevention-oriented conference, non-formal education, main non-communicable diseases.

**ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРА**

**Власик Любов Йосипівна** – асистент кафедри соціальної медицини та організації охорони здоров'я, Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет», Театральна пл., 2, м. Чернівці, 58002.

## Медико-соціальне обґрунтування оптимізованої моделі надання ортодонтичної допомоги дитячому населенню на регіональному рівні

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава, Україна

**Мета.** Надати медико-соціальне обґрунтування розробленої оптимізованої моделі надання стоматологічної ортодонтичної допомоги дитячому населенню на регіональному рівні.

**Матеріали і методи:** Застосовано методи моделювання, системного аналізу та системного підходу. В основу моделі покладено дані аналізу загальносвітового досвіду щодо проблеми організації і надання ортодонтичної допомоги дітям та результати проведених досліджень.

**Результати.** Виходячи з отриманих результатів дослідження, була побудована оптимізована модель надання ортодонтичної допомоги дитячому населенню на регіональному рівні, визначені цілі, складові елементи та принципи взаємодії між ними, основні напрями оптимізації.

**Висновки.** Запровадження моделі дозволить знизити поширеність ортодонтичної патології та інших стоматологічних захворювань, оптимізувати та підвищити ефективність профілактичної та санітарно-просвітницької роботи, підвищити рівень інформаційного впливу з боку педіатрів та сімейних лікарів на батьків дітей з приводу профілактики ортодонтичної патології, підвищити рівень обізнаності батьків дітей з приводу факторів ризику, профілактики та необхідності лікування ортодонтичної патології, оптимізувати ведення обліку.

**Ключові слова:** ортодонтична патологія; діти; скринінг; профілактика; диспансеризація; фактори ризику; оптимізована модель надання ортодонтичної допомоги.

### ВСТУП

Здоров'я дітей та підлітків, у тому числі й стоматологічне, є одним із найбільш чутливих показників, що відображають соціальну та економічну ситуацію в Україні, стан оточуючого середовища, є індикатором благополуччя суспільства. Висока стоматологічна захворюваність дитячого населення України вже багато років залишається однією з актуальних медичних проблем [1, 3–6, 8]. У різних вікових групах стабільно збільшується частота випадків порушень розвитку та формування зубо-щелепної системи, карієсу, хвороб пародонту, що негативно впливає на здоров'я дитини [10]. Аналіз епідеміологічних даних численних досліджень свідчить, що поширеність зубощелепних аномалій становить у дітей від близько 50 до 88% [1, 2, 9, 11].

Сучасна наука пояснює такі негативні тенденції дією дуже стійких та практично незмінних патогенетичних факторів: хронічні соматичні хвороби, спадковість, штучне вигодовування, нераціональне дитяче харчування, небезпечні екологічні впливи, дефіцит макро- та мікроелементів тощо [7].

Таким чином, серед дитячого населення України рівень поширеності зубощелепних аномалій є досить високим і не має тенденції до зниження. Отримані дані свідчать про актуальність подальшого вивчення даної проблеми, необхідність пошуку шляхів вдосконалення організації надання ортодонтичної допомоги дитячому населенню в нових економічних умовах та створення і обґрунтування оптимізованої моделі надання стоматологічної ортодонтичної допомоги дитячому населенню на регіональному рівні.

**Мета** – надати медико-соціальне обґрунтування розробленої оптимізованої моделі надання

стоматологічної ортодонтичної допомоги дитячому населенню на регіональному рівні.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Застосовано методи моделювання, системного аналізу та системного підходу. В основу моделі покладено дані аналізу загальносвітового досвіду щодо проблеми організації і надання ортодонтичної допомоги дітям та результати проведених досліджень (поширеності ортодонтичної патології, факторів ризику, організації медичного обслуговування, обізнаності батьків та інформованості лікарів).

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Спираючись на виявлені фактори недосконалості стоматологічної ортодонтичної допомоги, нами була розроблена модель, в основу якої був покладений головний ресурс – державна політика із нормативно-правовою базою. Ключовою ідеєю в досягненні поставленої мети стала координація роботи всіх, хто має відношення до надання стоматологічних ортодонтичних послуг з метою створення єдиного медичного простору, який би забезпечив рішення пріоритетної проблеми підвищення доступності та якості стоматологічної ортодонтичної допомоги і вплинув на прихильність батьків до цього лікування та поліпшення стоматологічного здоров'я дитячого населення.

Першою складовою нашої моделі стало визначення необхідності вдосконалення нормативно-правової бази щодо стоматологічної ортодонтичної допомоги, яка стосується перш за все визначення джерел фінансування

(створення ПУЛУ коштів з національної служби здоров'я, державного та місцевих бюджетів, або ж системи медичного страхування населення), що дозволить оптимізувати організацію надання ортодонтичної допомоги.

Ресурсами в державній політиці щодо стоматологічної ортодонтичної допомоги стали:

1. Кадрова позиція:
  - а) Заохочення лікарів-ортодонтів для роботи в сільській місцевості та непривабливих районах;
  - б) Створення умов для безперервного навчання лікарів, в тому числі включити в програму навчання лікарів ЗПСМ та педіатрів;
  - в) Аудит лікарів для виявлення кращих та створення конкурентно-спроможних умов.
2. Організаційні аспекти:
  - а) Створення національних і регіональних програм профілактики ортодонтичної патології;
  - б) Виділення пільгових верств населення для ортодонтичного лікування, як в державних, так і в приватних клініках;
  - в) Створення кабінетів професійної гігієни порожнини рота.
  - г) Залучення до медичних оглядів, санітарно-просвітницької та профілактичної роботи середніх медичних працівників – гігієністів зубних.
3. Фінансування:
  - а) Фінансова підтримка приватних ортодонтів щодо їхньої участі в національних і регіональних програмах профілактики ортодонтичних захворювань;

- б) Цільове державне замовлення з гарантованим обсягом надання стоматологічної ортодонтичної допомоги;
- в) Виділення коштів з місцевих бюджетів.

Всі ці заходи достеменно вплинуть на поліпшення технічного забезпечення медичних стоматологічних закладів. Оптимізація технічного забезпечення позначиться на:

- 1) Поетапному оновленні стоматологічного обладнання (інструменти, апаратура тощо);
- 2) За рахунок використання ІТ створення єдиного реєстру пацієнтів з стоматологічними захворюваннями, зокрема ортодонтичними.
- 3) Створення «Єдиної електронної медичної карти» пацієнта («СЕМК»), яка дозволить збирати, зберігати, доповнювати інформацію протягом життя, аналізувати та використовувати її всім лікарям, які спостерігають пацієнта.

Короткостроковими результатами всіх цих дій стане підвищення прихильності батьків до ортодонтичної допомоги їхнім дітям (рис. 1).

Другою складовою моделі є співпраця лікарів (суб'єкт) і батьків або дітей (об'єкт) в наданні ортодонтичної ортодонтичної допомоги. Надання ортодонтичної допомоги дітям є справою не лише ортодонтів, але і лікарів різних спеціальностей, діяльність яких має місце в залежності від вікового періоду життя дитини (рис. 2).

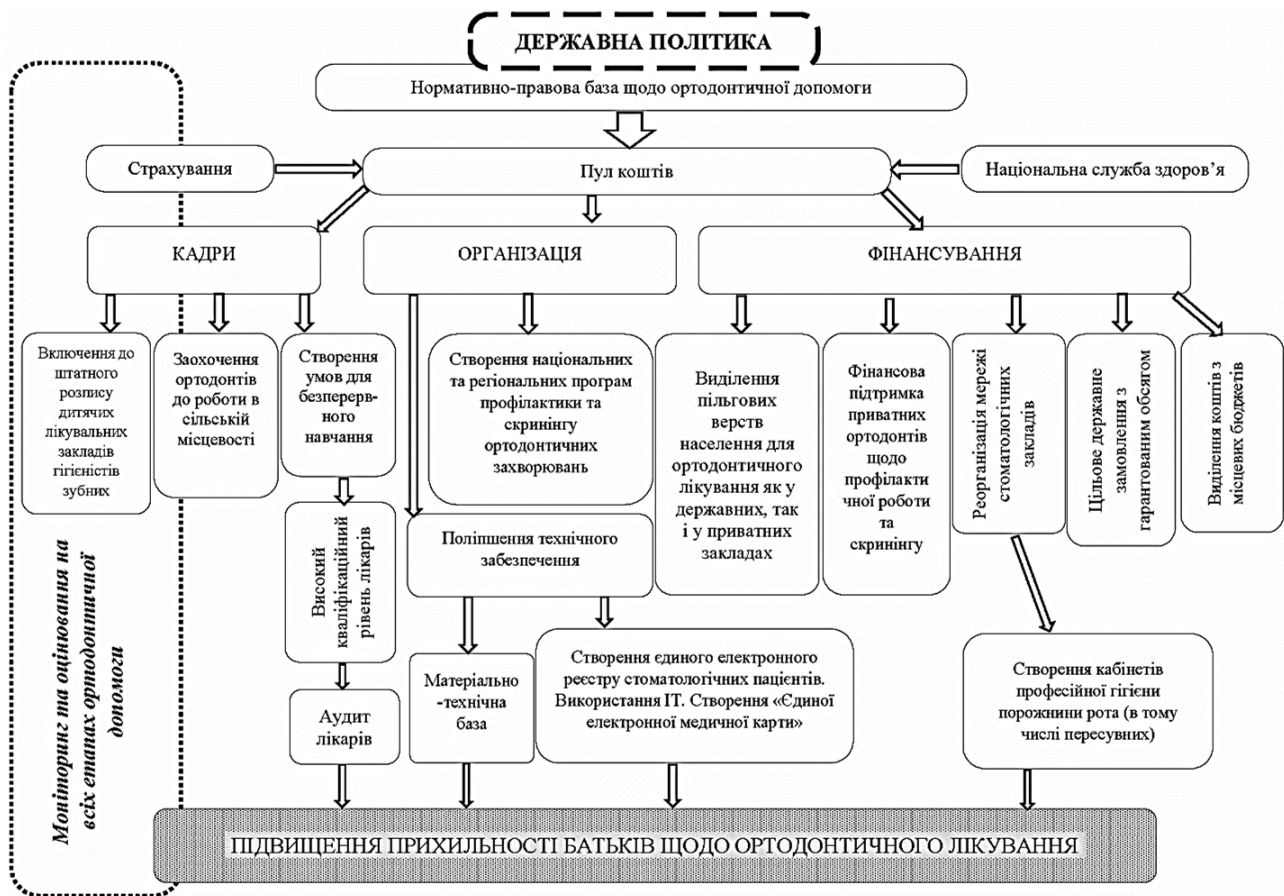


Рис. 1. Державна політика в сфері надання ортодонтичної допомоги

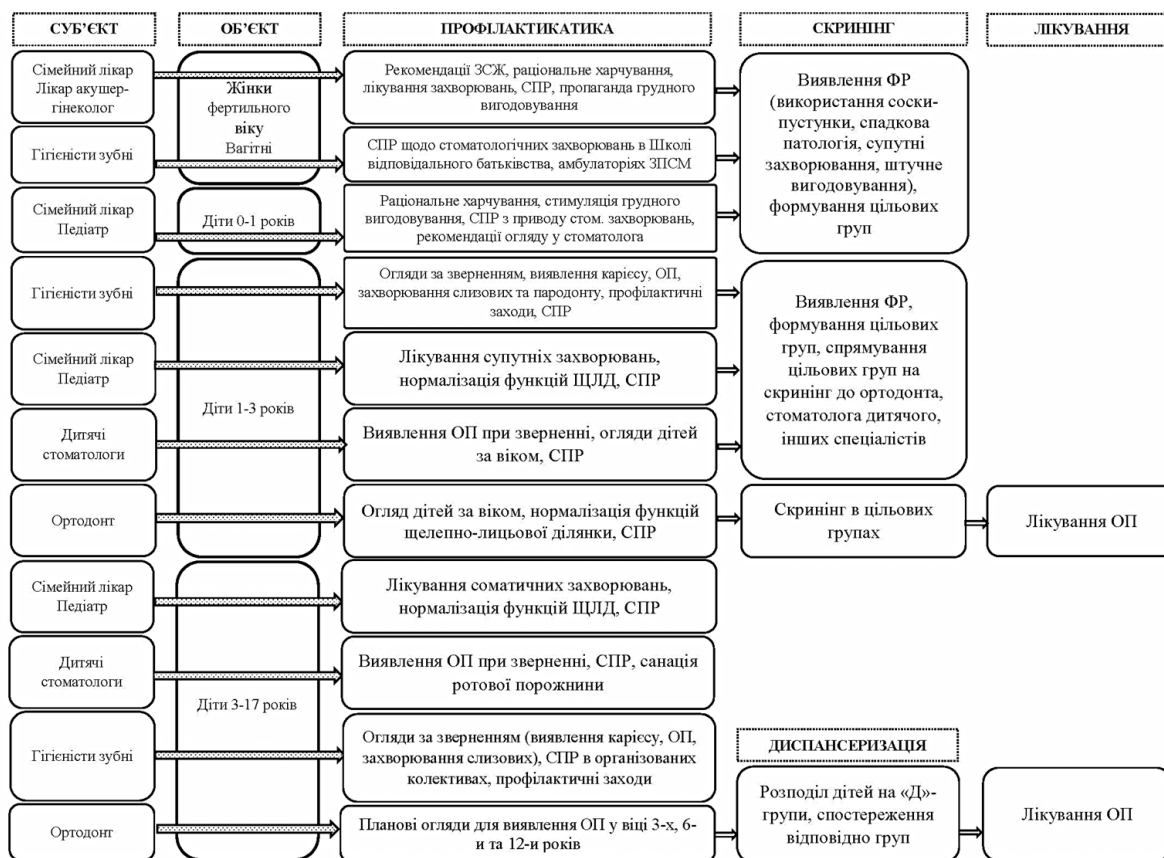


Рис. 2. Модель надання ортодонтичної допомоги

**Аntenатальний період.** Заходи з профілактики та виявлення факторів ризику виникнення ортодонтичної патології повинні починатися ще до народження дитини. Перш за все це стосується лікаря загальної практики-сімейної медицини та лікаря акушера-гінеколога, які спостерігають жінку до вагітності і під час вагітності. Вони проводять з нею санітарно-просвітницьку роботу щодо здорового способу життя, раціонального харчування, усунення шкідливих звичок, здійснюють лікування соматичних захворювань та усунення факторів ризику для майбутньої дитини. Ця робота проводиться як персонально, так і в школах відповідального батьківства, де мова йде про політику грудного вигодовування, що унеможливує використання пустунок.

Одночасно сімейний лікар та лікар акушер-гінеколог повинні виявляти антенатальні фактори ризику, які можуть привести до виникнення різних захворювань (в тому числі і ортодонтичної патології). Виявлені нами фактори, на які необхідно звернути увагу:

- Використання соски-пустунки.
- Супутні соматичні захворювання.
- Спадкова ортодонтична патологія.
- Штучне вигодовування.

Всі виявлені фактори повинні фіксуватися, і після народження дитини ця інформація буде внесена до «Єдиної електронної медичної карти», щоб зберегти інформацію для її подальшого використання лікарями, які згодом будуть вести дитину (педіатри, інші спеціалісти, в тому числі стоматологи різних фахів). Фактори ризику групуються за видами (медичні, соціально-економічні,

екологічні, індивідуальні, клімато-географічні), що необхідно для формування цільових груп скринінга.

**Період грудного віку.** Вік від 0 до 1 року відзначається продовженням співпраці родини з лікарем ЗПСМ та педіатром, який підтримує у жінки впевненість у необхідності ГВ, проводить санітарно-просвітницьку роботу щодо ЗСЖ, раціонального харчування дитини і наголошує на необхідності якомога раннього візиту до стоматолога дитячого. Продовжується робота по виявленню тепер постнатальних факторів ризику, їх групуванню в цільові групи для скринінгу, інформація фіксується в «ЄМК».

Не пізніше, ніж в 1 рік дитина підлягає обов'язковому огляду дитячого лікаря-стоматолога. Дитячий стоматолог виявляє карієс, захворювання слизової оболонки та пародонту, ортодонтичну патологію, виявляються стоматологічні фактори ризику (закоротка вуздечка язика чи губи тощо), які фіксуються в «ЄМК», за необхідності проводить санацію порожнини рота.

**Переддошкільний вік.** У віці від 1 до 3 років продовжується збір інформації щодо факторів ризику з боку педіатра (сімейного лікаря), якому в цьому плані відводиться ключова роль, формування цільових груп, спрямування до дитячого стоматолога та ортодонта за необхідності. Проводиться лікування соматичних захворювань, в тому числі і тих, що можуть приводити до виникнення ортодонтичної патології, наприклад ЛОР-захворювання, нормалізуються функції щелепно-лицьової ділянки (дихання, ковтання тощо). Проводиться санітарно-просвітницька робота з приводу стоматологічних захворювань.

Дитячий стоматолог проводить санацію порожнини рота, виявляє ортодонтичну патологію при зверненні, оглядає дітей за віком, виявляє стоматологічні фактори ризику, продовжує формування цільових груп, спрямовує відповідні групи до ортодонта для огляду, проводить санітарно-просвітницьку роботу (роз'яснює необхідність лікування стоматологічних захворювань).

Ортодонт проводить скринінг в цільових групах. Виявляє ОП, проводить відбір груп для подальшого спостереження, починає формування диспансерних груп. За необхідності призначає заходи, направлені на нормалізації функцій ЩЛД (міогімнастика тощо), спрямовує до інших спеціалістів.

Гігієністи зубні проводять медичні огляди (виявлення карієсу, ОП, захворювання слизових та пародонту, виявлення факторів ризику, формування цільових груп, спрямування до дитячого стоматолога та ортодонта), ведуть санітарно-просвітницьку роботу, працюють в кабінетах професійної гігієни, в т.ч. пересувних.

*Дошкільний та шкільний вік.* У віці від 3 до 17 років педіатр (сімейний лікар) продовжує збір інформації щодо факторів ризику, спрямування до дитячого стоматолога та ортодонта, лікування соматичних захворювань, в тому числі і тих, що можуть приводити до виникнення ортодонтичної патології. Проводиться санітарно-просвітницька робота з приводу стоматологічних захворювань.

Дитячий стоматолог виявляє ортодонтичну патологію при зверненні, оглядає дітей за віком, виявляє стоматологічні фактори ризику, спрямовує відповідні групи до ортодонта для огляду, проводить санітарно-просвітницьку роботу, проводить санацію порожнини рота.

Гігієністи зубні проводять профілактичні огляди 1 раз на рік в організованих дитячих колективах (виявлення карієсу, ортодонтичної патології, захворювання слизової та пародонту, виявлення факторів ризику, спрямування до дитячого стоматолога та ортодонта), санітарно-просвітницьку роботу в дитячих дошкільних та навчальних закладах, працюють в кабінетах професійної гігієни, в тому числі пересувних.

Лікар-ортодонт в 3 роки здійснюється перший огляд дитини. Він виявляє ортодонтичну патологію, проводить відбір груп для подальшого спостереження, починає формування диспансерних груп. За необхідності призначає заходи, направлені на нормалізації функцій щелепно-лицевої ділянки (міогімнастика тощо), спрямовує до інших спеціалістів.

У віці від 3 до 17 років ортодонт продовжує виявлення факторів ризику, спрямування до дитячого стоматолога та інших спеціалістів за необхідності. Здійснює лікування ортодонтичної патології. Формує диспансерні групи та здійснює спостереження відповідно груп. За необхідності призначає заходи, направлені на нормалізації функцій щелепно-лицевої ділянки (міогімнастика тощо), спрямовує до інших спеціалістів.

Отже, новизна запропонованої нами моделі надання ортодонтичної допомоги міститься в наступному:

1. Вдосконалення нормативно-правової бази щодо стоматологічної ортодонтичної допомоги, яке стосується визначення та застосування джерел фінансування (цільове виділення коштів з національної служби здоров'я, державного та місцевих бюджетів, або ж системи

медичного страхування населення), що дозволить оптимізувати надання ортодонтичної допомоги.

2. Зміни в кадровій політиці за рахунок заохочення лікарів-ортодонтів для роботи в сільській місцевості та непривабливих районах, створення умов для безперервного навчання лікарів, в тому числі включити в програму навчання лікарів ЗПСМ та педіатрів, аудиту лікарів для виявлення кращих та створення конкурентно-спроможних умов.

3. Організаційні аспекти щодо створення національних і регіональних програм профілактики ортодонтичної патології, виділення пільгових верств населення для ортодонтичного лікування, як в державних, так і в приватних клініках, створення кабінетів професійної гігієни порожнини рота, залучення до медичних оглядів, санітарно-просвітницької та профілактичної роботи середніх медичних працівників – гігієністів зубних.

4. Виділення коштів для цільового фінансування державне замовлення з гарантованим обсягом надання стоматологічної ортодонтичної допомоги, фінансова та інформаційна підтримка приватних ортодонтів щодо їхньої участі в національних і регіональних програмах профілактики ортодонтичних захворювань;

5. Оптимізація технічного забезпечення, яке буде полягати в поетапному оновленні стоматологічного обладнання.

6. Оптимізація обліку та використання інформації шляхом переведення його в електронний вигляд, створення єдиного реєстру пацієнтів з стоматологічними захворюваннями, зокрема ортодонтичними, створення «Єдиної електронної медичної карти» пацієнта.

7. Виявлення та фіксація у медичній документації батьків виявлених антенатальних факторів ризику виникнення ортодонтичної патології до і під час вагітності матері, тісне співробітництво та обмін інформацією між сімейним лікарем, який спостерігає жінку та акушер-гінекологами, які ведуть вагітність та приймають пологи. Після народження дитини продовжується безперервне виявлення постнатальних факторів ризику виникнення ортодонтичної патології з боку педіатрів (сімейних лікарів) та фіксація в «Єдиній електронній медичній карті», інформування ортодонтів та дитячих стоматологів щодо дітей з факторами ризику стоматологічних захворювань (в тому числі ортодонтичної патології), формування цільових груп для скринінгу.

8. Організація проведення лікарями-ортодонтами скринінгу цільових груп дітей з виявленими факторами ризику виникнення ортодонтичної патології.

9. Проведення лікарями-ортодонтами огляду дітей в «ключовому» віці – в 3, 6 та 12 років. Залучення до медичних оглядів дітей в організованих колективах гігієністів зубних (крім «ключових» років), що дасть змогу лікарям-ортодонтам більше уваги приділяти лікувальній роботі.

10. Створення кабінетів професійної гігієни порожнини рота (в тому числі пересувних) та залучення гігієністів до профілактичної роботи (мінералізація фігур, професійне чищення зубів тощо). Залучення гігієністів зубних до санітарно-просвітницької роботи серед батьків дітей в організованих дитячих колективах, проводячи цю роботу в малих групах для більшої ефективності.

11. Навчання сімейних лікарів та педіатрів з приводу санітарно-просвітницької роботи та профілактики стоматологічних захворювань. Проведення санітарно-просвітницької роботи з приводу стоматологічних захворювань з боку сімейних лікарів та педіатрів серед батьків дітей.

12. На всіх етапах надання ортодонтичної допомоги буде здійснюватися моніторинг та оцінювання результатів діяльності.

### ВИСНОВКИ

Таким чином, виходячи із вищезазначеного, можна зробити наступні висновки.

Запровадження оптимізованої моделі надання стоматологічної ортодонтичної допомоги на регіональному рівні буде сприяти досягненню наступних цілей:

1. Зниження рівня поширеності ортодонтичної патології шляхом раннього виявлення патології та її

доклінічних форм за допомогою скринінгу цільових груп з виявленими факторами ризику.

2. Підвищення рівня інформаційного впливу з боку педіатрів та сімейних лікарів на батьків дітей з приводу профілактики ортодонтичної патології та стоматологічних захворювань взагалі та підвищення рівня обізнаності батьків дітей з приводу факторів ризику, профілактики та необхідності лікування ортодонтичної патології.

3. Оптимізація організації та підвищення ефективності профілактичної та санітарно-просвітницької роботи з приводу ортодонтичної патології та стоматологічних захворювань взагалі.

4. Оптимізація ведення обліку шляхом вдосконалення облікових форм та переведення його в електронний вигляд.

**Перспективи подальших досліджень** пов'язані з вивченням якості стоматологічної ортодонтичної допомоги дитячому населенню.

### ЛІТЕРАТУРА

1. Алексєєнко Н.В. Визначення потреби в ортодонтичних лікувальнопрофілактичних заходах дітей м. Дніпропетровська / Н.В. Алексєєнко, І.М. Щербина, О.Г. Гапоненко, А.В. Білоус // Укр. стоматол. альманах. – 2012. – № 2. – С. 99-100.
2. Алексєєнко Н.В. Поширеність окремих зубощелепних аномалій і деформацій у дітей м. Дніпропетровська / Н.В. Алексєєнко, І.М. Щербина, А.В. Білоус // Укр. стоматол. альманах. – 2012. – № 2. – С. 101-102.
3. Бучок Р. А. Поширеність некаріозних уражень твердих тканин зубів серед студентської молоді та причинно-наслідкові зв'язки їх виникнення / Р. А. Бучок, О. Б. Беліков // Буковинський медичний вісник. – 2012. – № 4 (64), т. 16. – С. 26–29.
4. Драгомирецька М. С. Використання індексу необхідності ортодонтичного лікування (ІНОЛ) для визначення поширеності зубощелепних аномалій і необхідності ортодонтичного лікування в дітей та підлітків України / М.С. Драгомирецька, А.В. Якимець, Н.В. Анеліна [та ін.] // Укр. стоматол. альманах. – 2012. – № 2. – С. 107.
5. Драгомирецькая М.С. Стоматологический статус молодежи Украины / М.С. Драгомирецькая, Т.В. Колесник, В.В. Лепский // Укр. стоматол. альманах. – 2012. – №2. – С. 54-56.
6. Жилка Н.Я. Стан здоров'я дітей в Україні та основні медико-соціальні чинники, що впливають на його формування/ Н.Я. Жилка, З.А. Шкіряк-Нижник // Збірник наукових праць «Актуальні проблеми акушерства і гінекології, клінічної імунології та медичної генетики». – 2013. – №18. – С. 116-122.
7. Калініченко Ю.А., Сіротченко Т.А., Взаємозв'язок та взаємовплив стоматологічного та соматичного здоров'я дітей та підлітків як сучасна медико-соціальна проблема. – «Здоровье ребенка» 3 (24) 2010 <http://www.mif-ua.com/archive/article/12985>.
8. Кріль І. А. Поширеність системної гіпоплазії емалі у школярів м. Івано-Франківська / І. А. Кріль, М. М. Рожко // Галицький лікарський вісник. – 2011. – Т. 18, № 2. – С. 53–55.
9. Мельник В.С. Поширеність і види зубощелепних аномалій серед 12-15 – річних дітей м. Ужгорода / В.С. Мельник // Укр. стоматол. альманах. – 2012. – № 2. – С. 118-119.
10. Мірчук Б.М. Вплив зубо-щелепних аномалій на стан функціональних реакцій і неспецифічної резистентності дітей / Б.М. Мірчук, А.Е. Деньга, О.Б. Завойко // Інновації в стоматології. – 2013. – № 1. – С. 30-34.
11. Фетісова Г.Л. Порівняльний аналіз розповсюдженості зубощелепних аномалій серед населення Полтави та Полтавської області / Г.Л. Фетісова, М.В. Трофименко, А.Є. Карасюнок [та ін.] // Актуальні проблеми сучасної медицини. – 2008. – Т. 8, № 3. – С. 179-180.

*Дата надходження рукопису до редакції: 05.09.2018 р.*



**Медико-соціальне обоснование оптимизированной модели оказания ортодонтической помощи детскому населению на региональном уровне**

Голованова І.А., Ляхова Н.А.

Українська медичинська стоматологічна академія, Полтава, Україна

**Цель.** Предоставить медико-социальное обоснование разработанной оптимизированной модели оказания стоматологической ортодонтической помощи детскому населению на региональном уровне.

**Материалы и методы:** использованы методы моделирования, системного анализа и системного подхода. В основу модели положены данные анализа общемирового опыта по проблеме организации и оказания ортодонтической помощи детям и результаты проведенных исследований.

**Результаты.** Исходя из полученных результатов исследования, была построена оптимизированная модель оказания ортодонтической помощи детскому населению на региональном уровне, определены цели, составляющие элементы и принципы взаимодействия между ними, основные направления оптимизации.

**Выводы.** Внедрение модели позволит снизить распространенность ортодонтической патологии и других стоматологических заболеваний, оптимизировать и повысить эффективность профилактической и санитарно-просветительской работы, повысить уровень информационного воздействия со стороны педиатров и семейных врачей на родителей детей по поводу профилактики ортодонтической патологии, повысить уровень осведомленности родителей детей по поводу факторов риска, профилактики и необходимости лечения ортодонтической патологии, оптимизировать ведение учета.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** ортодонтическая патология; дети; скрининг; профилактика; диспансеризация; факторы риска; оптимизированная модель оказания ортодонтической помощи.

**Medical-social justification of optimized model for providing of dental orthodontic assistance for the children`s population at the regional level**

Holovanova I.A., Lyakhova N.A.

Ukrainian Medical Stomatological Academy, Poltava, Ukraine

**The aim.** Provide a medical and social justification for the developed optimized model of dental orthodontic care for children at the regional level.

**Materials and methods:** used methods of modeling, systems analysis and systems approach. The model is based on data from the analysis of global experience on the organization and provision of orthodontic care for children and the results of the research.

**Results.** Based on the results of the study, an optimized model of orthodontic care for children at the regional level was built, the goals, the constituent elements and principles of interaction between them, the main directions of optimization were determined.

**Conclusions.** The introduction of the model will reduce the prevalence of orthodontic pathology and other dental diseases, optimize and increase the effectiveness of preventive and sanitary-educational work, increase the level of informational impact from pediatricians and family doctors on parents of children about prevention of orthodontic pathology, raise awareness of parents of children about factors risk, prevention and the need for treatment of orthodontic pathology, to optimize the maintenance of eta.

**KEYWORDS:** orthodontic pathology; children; screening; prevention; dispensary; risk factors; model for providing of dental assistance.

**ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ**

**Голованова Ірина Анатоліївна** – професор, доктор медичних наук, завідувач кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я з біостатистикою Української медичної стоматологічної академії, Полтава, вул. Шевченка 23, 36011.

**Ляхова Наталія Олександрівна** – викладач кафедри соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я з біостатистикою Української медичної стоматологічної академії, Полтава, вул. Шевченка 23, 36011.

## Аналіз бачення медичних працівників щодо проблем організації педіатричної паліативної допомоги в Україні

Івано-Франківський національний медичний університет, м. Івано-Франківськ, Україна

**Мета.** Вивчити думку медичних працівників дитячих закладів охорони здоров'я щодо проблем організації надання педіатричної паліативної допомоги.

**Матеріали і методи.** Опитали 578 працівників закладів охорони здоров'я Івано-Франківської області, які обслуговують дітей.

**Результати.** На думку опитаних медпрацівників основними причинами неналежної організації педіатричної паліативної допомоги в Україні є відсутність цілісної стратегії у державі (у середньому 3,69 балів за п'ятибальною шкалою), недостатність фінансування (3,68) та нерозуміння органами влади масштабів проблеми (3,63). Це також зумовлює недостатній розвиток відповідної інфраструктури (3,58), відсутність стандартів надання цього виду медичної допомоги (3,48) та спеціально підготовлених кадрів (3,46). Доступність спеціалізованих закладів паліативної допомоги для важкохворих дітей у 1,5-2 рази менша від потреби. Основний тягар догляду за такими дітьми припадає на плечі їх родичів, а роль обов'язкових, відповідно до міжнародних рекомендацій, членів мультидисциплінарної команди у 1,5-3 рази нижча від необхідної.

**Висновок.** Формування повноцінної системи паліативної допомоги дітям в Україні повинно базуватись на розробці та прийнятті національної стратегії її розвитку і забезпечуватись багатоканальним фінансуванням, головним чином за рахунок цільової державної програми, бюджетів центрального уряду і місцевих громад, благодійних фондів.

**Ключові слова:** паліативна допомога дітям, організація охорони здоров'я.

### ВСТУП

ВООЗ (2002) визначила педіатричну паліативну допомогу (ППД) як активну, всебічну турботу про тіло важкохворої дитини, її психіку і душу, включно з підтримкою членів сім'ї. Така допомога починається з моменту встановлення діагнозу і триває протягом усього періоду захворювання [1]. Особливостями надання паліативної допомоги (ПД) дітям є низький відсоток дітей у структурі загальної смертності та відмінна від дорослого населення структура смертності, повна залежність від оточення, сім'ї, специфічні духовні потреби дитини, необхідність навчання та розвитку тощо. Саме тому підходи до організації її надання є суттєво відмінними від ПД для дорослих, що, в свою чергу, обумовило значно пізніший за часом розвиток паліативної допомоги дітям у різних країнах світу [2] та незадовільний рівень її надання в країнах з низьким та середнім рівнем доходу [3].

В Україні на сьогодні лише починається розбудова цього нового виду медичної допомоги для дітей, а отже існує потреба в формуванні відповідної політики в цій сфері [2, 4-5].

**Мета.** Вивчити думку медичних працівників дитячих закладів охорони здоров'я щодо проблем організації надання педіатричної паліативної допомоги.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Опитано 578 працівників закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) Івано-Франківської області, які обслуговують дітей. З них: лікарів загальної практики-сімейних лікарів (ЛЗПСЛ) – 131, педіатрів первинної медичної допомоги (ПМД) – 52; лікарів-спеціалістів – 36; керівників ЗОЗ та

їх заступників – 78; молодших спеціалістів з медичною освітою (МСМО) – 281.

При статистичній обробці категорійних результатів дослідження розраховували відсоток відповідей у кожній групі опитаних і разом, а достовірність різниці даних за віком, статтю, професією визначали за допомогою критерію хі-квадрат. Кількісні дані (бальна оцінка окремих відповідей) відповідали нормальному типу розподілу за критерієм Шапіро-Уїлка (Shapiro-Wilk's W test), тому для представлення центральної тенденції використовували середнє арифметичне із стандартною похибкою ( $M \pm m$ ). Достовірність різниці даних у групах порівняння оцінювали за допомогою множинного Крускал-Уолліса і медіанного тесту (Kruskal-Wallis ANOVA & Median test) [6].

Використано методи: соціологічний, медико-статистичний.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Більшість опитаних (71,7%) працювали в закладах ПМД, решта – у лікарнях вторинної (26,7%) та третинної (1,6%) медичної допомоги.

Дещо менше половини опитаних (40,7%) у віці до 40 років, практично половина (48,6%) – у віці 40-59 років і кожен десятий (10,7%) – пенсійного віку.

Вікова структура опитаних відрізнялась в залежності від професії ( $p < 0,001$ ). Серед педіатрів ПМД та спеціалістів найменшими були частки осіб до 40 років (13,5% і 25,0% відповідно) і найвищими – старше 60 років (21,2% і 22,2%). Наймолодшим віковим складом характеризувались молодші спеціалісти з медичною освітою (48,4% у віці до 40 років і тільки 3,2% – у пенсійному).

Абсолютна більшість опитаних – жіночої статі (86,2%). Найменша частка жінок серед керівників ЗОЗ (46,2%), у решті категорій опитаних цей показник коливався від 83,2% серед ЛЗПСЛ до 100% серед педіатрів ПМД ( $p < 0,001$ ).

Половина респондентів (57,2%) мали достатній досвід роботи – понад 20 років. Найменшою ( $p < 0,001$ ) ця частка була серед ЛЗПСЛ (46,6%) та МСМО (48,0%), а найбільшою – серед педіатрів ПМД (72,5%) і спеціалістів (64,7%).

Тільки 6,4% опитаних оцінили сучасний стан надання педіатричної паліативної допомоги як добрий і ще 25,2% – як задовільний, а більшість (68,3%) визнали його незадовільним. Причому, найбільш негативно оцінювали ті, хто найтісніше працює із такими дітьми – педіатри ПМД (84,6%) та педіатри-спеціалісти (83,3%), а також організатори охорони здоров'я (81,8%,  $p < 0,01$ ).

Вивчення причин неналежної організації ППД (табл. 1) показало, що основними з них на думку опитаних є відсутність відповідної політики у державі (у середньому 3,69±0,08 бали за 5-бальною шкалою оцінки), недостатнє фінансування (3,68±0,08) та нерозуміння органами влади масштабів проблеми (3,63±0,07).

При аналізі відповідей респондентів порівнюваних груп звертає на себе увагу, що загальні оцінки дещо занижені, головним чином внаслідок низьких оцінок МСМО, які коливались по всіх причинах всього на всього у межах 3,25-2,94. Можливо, це пов'язано із загальною низькою

залученістю цих медичних працівників в Україні до прийняття управлінських рішень, а відповідно недостатньою компетентністю в таких питаннях.

Оцінки лікарів були суттєво вищими і з більшою амплітудою коливань.

Як видно із даних таблиці, всі групи лікарів обрали уже вказані причини як пріоритетні за впливом на недосконалість організації ППД. При цьому, менеджери системи охорони здоров'я та сімейні лікарі основний акцент робили на дефіциті фінансування (4,34±0,14 та 4,10±0,13 відповідно,  $p < 0,001$ ) і недоліках стратегічного управління (4,27±0,14 та 4,02±0,13,  $p < 0,001$ ), а лікарі-педіатри, і спеціалісти, і ПМД – на відсутності належних державних рішень (4,41±0,24 та 4,18±0,22 відповідно), очевидно, як наслідку не усвідомлення важливості проблеми ППД (4,24±0,23 та 3,90±0,20,  $p < 0,001$ ).

Наступними важливими причинами неналежної організації педіатричної паліативної допомоги респонденти вважали інфраструктурні чинники: дефіцит мережі хоспісів (3,58±0,07 балів), чітких стандартів надання ППД (3,48±0,06) та спеціально підготовлених кадрів (3,46±0,06). Відсутність достатньої кількості хоспісів більше турбувала організаторів охорони здоров'я (4,07±0,13), педіатрів-спеціалістів (4,03±0,25) та ЛЗПСЛ (3,91±0,12;  $p < 0,001$ ). Керівники ЗОЗ, порівняно із іншими медпрацівниками, дещо акцентованіше непокоїлись відсутністю стандартів ППД (3,86±0,13;  $p < 0,05$ ) та кваліфікованих кадрів (3,74±0,13;  $p < 0,05$ ).

Таблиця  
**Середні бали оцінювання респондентами причин неналежної організації ППД (за 5-ти бальною шкалою від 0 – відсутність впливу до 5 – максимальний вплив)**

| Недоліки / відсутність:           | ЛЗПСЛ |     | Педіатри ПМД |     | Педіатри-спеціалісти |     | Керівники ЗОЗ |     | МСМО |     | Разом |      |
|-----------------------------------|-------|-----|--------------|-----|----------------------|-----|---------------|-----|------|-----|-------|------|
|                                   | М     | ±m  | М            | ±m  | М                    | ±m  | М             | ±m  | М    | ±m  | М     | ±m   |
| Державної політики*               | 4,02  | 0,1 | 4,18         | 0,2 | 4,41                 | 0,2 | 4,27          | 0,1 | 3,19 | 0,1 | 3,69  | 0,08 |
| Фінансування*                     | 4,10  | 0,1 | 4,00         | 0,2 | 4,20                 | 0,2 | 4,34          | 0,1 | 3,16 | 0,1 | 3,68  | 0,08 |
| Взаємодії стейкхолдерів*          | 3,68  | 0,1 | 3,27         | 0,2 | 3,56                 | 0,3 | 3,64          | 0,1 | 2,94 | 0,1 | 3,28  | 0,07 |
| Підготовки кадрів*                | 3,59  | 0,1 | 3,46         | 0,2 | 3,48                 | 0,2 | 3,74          | 0,1 | 3,32 | 0,1 | 3,46  | 0,06 |
| Стандартів допомоги*              | 3,69  | 0,1 | 3,50         | 0,2 | 3,62                 | 0,2 | 3,86          | 0,1 | 3,24 | 0,1 | 3,48  | 0,06 |
| Належної мережі хоспісів*         | 3,91  | 0,1 | 3,54         | 0,2 | 4,03                 | 0,3 | 4,07          | 0,1 | 3,22 | 0,1 | 3,58  | 0,07 |
| Закладів сестринського догляду    | 3,52  | 0,1 | 3,40         | 0,3 | 3,59                 | 0,3 | 3,58          | 0,2 | 3,09 | 0,1 | 3,32  | 0,07 |
| Спеціального обладнання*          | 3,66  | 0,1 | 3,80         | 0,2 | 3,63                 | 0,3 | 3,35          | 0,2 | 3,09 | 0,1 | 3,35  | 0,07 |
| Традицій надання ППД*             | 3,37  | 0,1 | 3,53         | 0,2 | 3,31                 | 0,3 | 3,44          | 0,2 | 3,12 | 0,1 | 3,27  | 0,07 |
| Оцінки владою масштабів проблеми* | 3,95  | 0,1 | 3,90         | 0,2 | 4,24                 | 0,2 | 4,00          | 0,1 | 3,25 | 0,1 | 3,63  | 0,07 |
| Оцінки потреб паліативних хворих* | 3,62  | 0,1 | 3,68         | 0,2 | 3,47                 | 0,2 | 3,75          | 0,2 | 3,04 | 0,1 | 3,36  | 0,07 |

Примітка: \* – достовірна різниця відповідей респондентів порівнюваних груп.

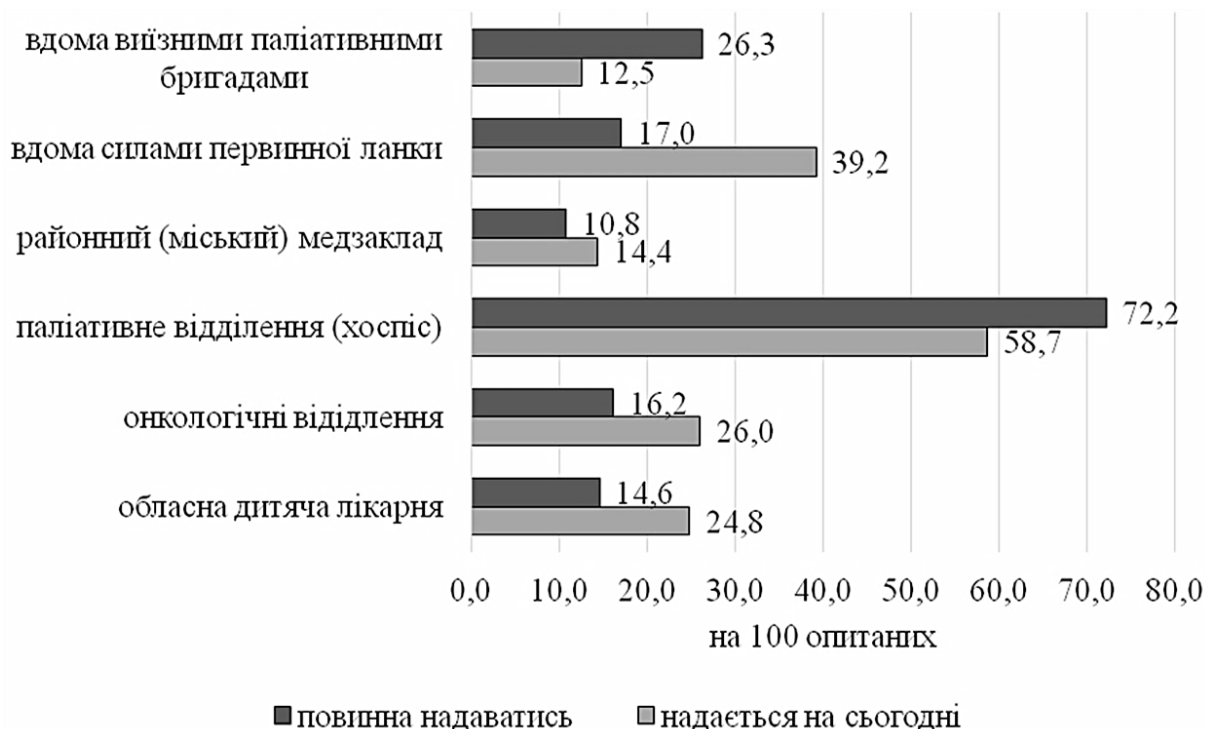
Подібні результати отримали в 2016 р. італійські вчені [7], вказавши на недосконалість політики в сфері організації паліативної допомоги дітям, неналежний рівень фінансування, підготовки медичних кадрів тощо.

Інші причини, а саме: неврахування потреб паліативних хворих ( $3,36 \pm 0,07$ ), брак спеціального обладнання ( $3,35 \pm 0,07$ ) і закладів медсестринського догляду ( $3,32 \pm 0,07$ ), неналагодженість взаємодії всіх зацікавлених сторін ( $3,28 \pm 0,07$ ), відсутність традицій надання ППД ( $3,27 \pm 0,07$ ) опитаними у нашому дослідженні медпрацівниками оцінювались менш вагомо.

При цьому звертає на себе увагу, що організатори охорони здоров'я та ЛЗПСЛ, які у першу чергу виконують функції лікаря-менеджера для своїх пацієнтів [8, 9], досить високо оцінювали саме важливість врахування потреб

паліативних хворих ( $3,75 \pm 0,15$  і  $3,62 \pm 0,13$  відповідно) та узгодження дій усіх стейкхолдерів ( $3,64 \pm 0,14$  і  $3,68 \pm 0,12$ ).

Результати нашого дослідження підтвердили й диспропорції у сучасній інфраструктурі ППД (рис. 1). Так, цілком логічно респонденти вважали, що основною формою надання паліативної допомоги дітям повинно бути стаціонарне лікування на базі спеціалізованого паліативного відділення чи хоспісу ( $72,2 \pm 1,9\%$ ), в той час, як реальне охоплення таким видом допомоги складає тільки  $58,7 \pm 2,1\%$ . Як наслідок, надмірно – у 1,5-2 рази частіше від потреби, використовуються ЗОЗ третинної і вторинної медичної допомоги: онкологічні відділення (у  $26,0 \pm 1,8\%$  випадків замість  $16,2 \pm 1,5\%$ ), обласна дитяча лікарня ( $24,8 \pm 1,8\%$  проти  $14,6 \pm 1,5\%$  відповідно), районні/міські лікарні ( $14,4 \pm 1,5\%$  проти  $10,8 \pm 1,3\%$ ).



**Рис. 1.** Оцінка респондентами потреби і фактичного використання структурних підрозділів педіатричної паліативної допомоги (на 100 опитаних)

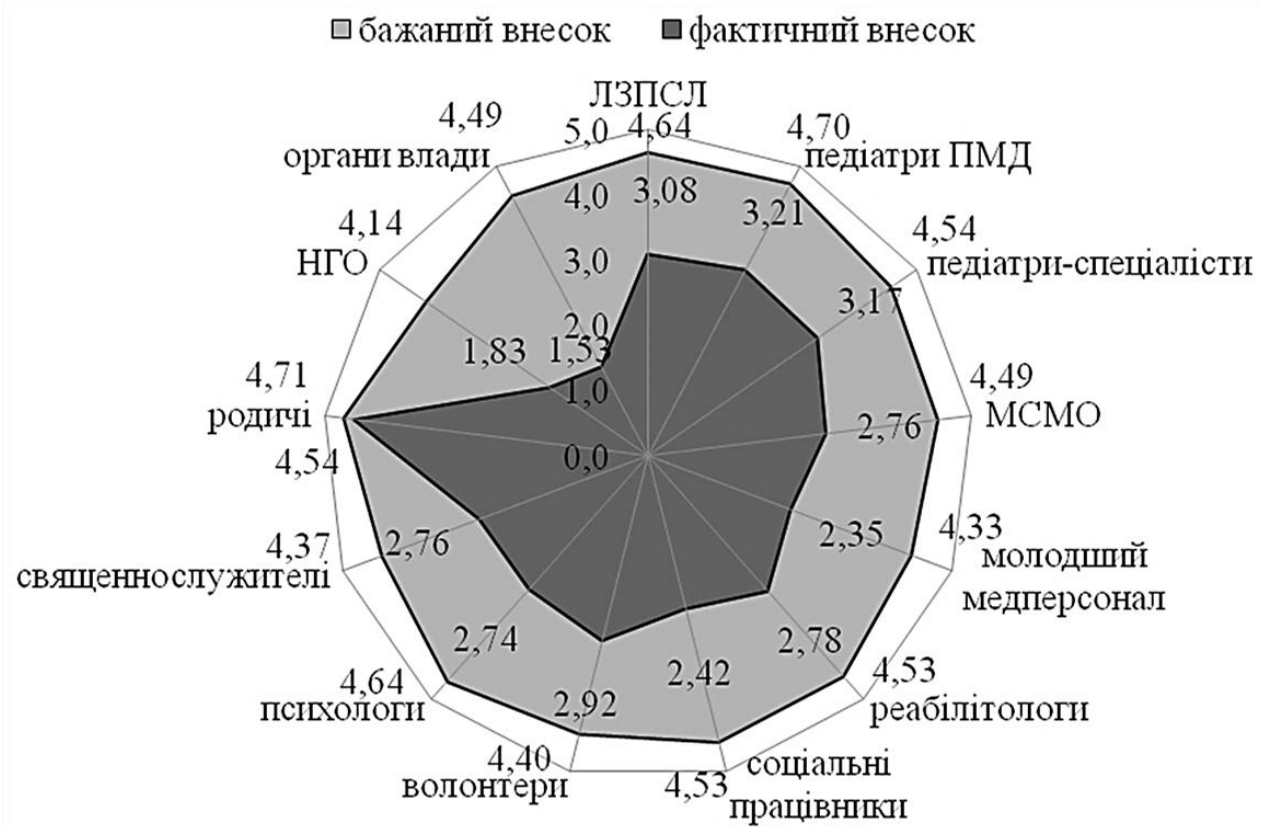
На погляд опитаних медичних працівників у доповнення до дороговартісної стаціонарної допомоги слід забезпечити й обслуговування важкохворих дітей вдома шляхом організації виїзної паліативної служби ( $26,3 \pm 1,8\%$ ). Натомість на сьогодні цією допомогою охоплена удвічі менше частка таких дітей ( $12,5 \pm 1,4\%$ ). У результаті зростає навантаження на лікарів ПМД – замість прогнозованого внеску у  $17,0 \pm 1,6\%$  реально майже у 40% випадків ( $39,2 \pm 2,0\%$ ) обслуговування важкохворих дітей вдома паде на плечі виключно первинної ланки.

Як і в попередніх питаннях думка лікарів та організаторів охорони здоров'я була більш акцентованою, порівняно із ставленням до проблеми менш компетентних МСМО ( $p < 0,001$ ). Зокрема, менеджери ЗОЗ вважали, що внесок спеціалізованих служб у забезпечення ППД повинен скласти  $87,2\%$  для паліативних відділень і  $47,4\%$  для виїзних паліативних бригад, в той час, як роль

онкологічних відділень та районних (міських) дитячих лікарень повинна мінімізуватися до  $3,8\%$  і  $5,1\%$  відповідно. Лікарі, як ПМД, так і спеціалісти, були менш категоричні. Попри високу оцінку потреби у спеціалізованих паліативних службах ( $77,9\text{--}88,9\%$  для хоспісів і  $28,8\text{--}36,6\%$  для виїзних бригад), на їх погляд внесок закладів обласного рівня повинен все-таки становити у межах  $16,7\text{--}19,2\%$  для обласної дитячої лікарні та  $13,9\text{--}21,2\%$  – для онкологічних відділень, а закладів вторинної медичної допомоги –  $11,1\text{--}14,5\%$ .

Не менш важливим для забезпечення паліативної допомоги взагалі, і дітям зокрема, є організація її надання мультидисциплінарною командою [9, 11].

Результати оцінки респондентами фактичного і бажаного внеску основних зацікавлених сторін, задіяних в організації паліативної допомоги дітям, представлені на рис. 2.



**Рис. 2.** Оцінка респондентами за 5-ти бальною шкалою (від 0 – повна відсутність до 5 – максимальне значення) фактичного і бажаного внеску основних стейкхолдерів ППД

Як бачимо, тільки оцінки фактичного і бажаного внеску родичів важкохворих дітей в організацію догляду за ними, незалежно від професійної групи опитаних ( $p > 0,05$ ), практично незмінні ( $4,54 \pm 0,04$  бали за 5-ти бальною шкалою проти  $4,71 \pm 0,03$  балів відповідно). Що є відображенням реального стану справ, коли найбільший тягар догляду за такими дітьми припадає саме на плечі найближчих родичів, у першу чергу – матерів [12]. Роль інших стейкхолдерів реально у 1,5–3 рази нижча, ніж прогнозована потреба.

Відповіді респондентів свідчать, що для подолання виявлених проблем і належного фінансування системи ППД необхідно залучати та поєднувати декілька джерел фінансування (рис. 3), головним чином, за рахунок цільової державної програми ( $69,7 \pm 1,9\%$  відповідей), бюджету центрального уряду ( $64,8 \pm 2,0\%$ ), менше з бюджетів органів місцевого самоврядування ( $33,6 \pm 2,0\%$ ). Більшість опитаних розуміють, що цих коштів все одно буде недостатньо, а тому важливо займатись фандрайзингом і шукати додаткові благодійні кошти ( $50,3 \pm 2,1\%$ ).

Інші джерела фінансування, на думку опитаних, менш важливі, зокрема фонди обов'язкового страхування (очевидно на перспективу –  $16,3 \pm 1,5\%$ ), добровільне страхування ( $7,6 \pm 1,1\%$ ) чи особисті кошти домогосподарств ( $7,8 \pm 1,1\%$ ).

Щодо відповідей в окремих групах, то на потребі саме програмно-цільового фінансування та залучення додаткових коштів від благодійників найбільше наполягали педіатри ПМД ( $92,3\%$  і  $67,3\%$  відповідно), а також організатори охорони здоров'я ( $82,1\%$  і  $66,7\%$ ,  $p < 0,001$ ).

Варто відзначити, що при порівняльному аналізі фінансування паліативної допомоги у різних країнах світу Е. І. Groeneveld і співавтори [10], зазначали, що навіть такі заможні держави, як Велика Британія, Швейцарія, Швеція, Нідерланди, Сполучені Штати Америки та інші також мають певні складнощі з пошуками моделей достатнього фінансування цього виду медичної допомоги.

**ВИСНОВКИ**

1. Встановлено, що основними причинами неналежної організації педіатричної паліативної допомоги в Україні на думку медичних працівників, які обслуговують дітей, є несформованість цілісної стратегії у державі (у середньому 3,69 балів із 5 максимально можливих), недостатність фінансування (3,68) та нерозуміння органами влади масштабів проблеми (3,63), що зумовлює й недостатній розвиток відповідної інфраструктури (3,58), відсутність стандартів надання цього виду медичної допомоги (3,48) та спеціально підготовлених кадрів (3,46).

2. Виявлено, що результатом недоліків належної організації педіатричної паліативної допомоги є у 1,5–2 рази нижче від потреби охоплення важкохворих дітей спеціалізованою стаціонарною та амбулаторною паліативною допомогою.

3. Показано, що при організації паліативної допомоги дітям недотримується обов'язковий, у відповідності до міжнародних рекомендацій, принцип мультидисциплінарного підходу і як наслідок – основний тягар догляду за важкохворими дітьми припадає на плечі

їх родичів, а роль решти обов'язкових стейкхолдерів у 1,5–3 рази нижча від необхідної.

4. Встановлено, що забезпечення паліативної допомоги дітям потребує багатоканальності фінансування, головним чином за рахунок цільової державної програми (69,7% відповідей), бюджетів центрального уряду (64,8%) і

місцевих громад (33,6%), а також благодійних фондів (50,3%).

**Перспективи подальших досліджень** полягатимуть у розробці пропозицій щодо побудови та розвитку вітчизняної системи паліативної дитячої допомоги.



Рис. 3. Джерела фінансування педіатричної паліативної служби (на 100 опитаних)

#### ЛІТЕРАТУРА

1. WHO Definition of Palliative Care [Electronic resource] / WHO, 2002. – Access mode: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en>.
2. Організація паліативної допомоги дітям в Україні – вимога часу / Ю. В. Вороненко, Р. О. Мойсеєнко, В. М. Князевич [та ін.] // Современная педиатрия. – 2016. – № 3 (75). – С. 10–14.
3. Dogerty M. Development and Implementation of a Pediatric Palliative Care Program in a Developing Country [Electronic resource] / M. Dogerty, Ch. Thabet // Front Public Health. – 2018. – V. 6 (106). – Access mode: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5911566>.
4. Моїсеєнко Р. О. Соціальна педіатрія: фокус на медико-соціальний супровід дітей з особливими потребами та паліативна допомога в педіатрії / Р. О. Моїсеєнко // Реабілітація та паліативна медицина. – 2016. – № 1. – С. 11-13.
5. Кринична І. П. Державне управління у сфері медико-соціальної допомоги дітям з термінальними хворобами / І. П. Кринична, Ю. Ю. Щетко // Реабілітація та паліативна медицина. – 2016. – № 1. – С. 26-30.
6. Forthofer R. N. Biostatistics: A Guide to Design, Analysis, and Discovery / R. N. Forthofer, E. S. Lee, M. Hernandez. – Amsterdam, etc.: Elsevier Academic Press, 2007. – 502 p.
7. Barriers to the development of pediatric palliative care in Italy / F. Benini, M. Orzalesi, A. de Santi [et al.] // Ann Ist Super Sanità. – 2016. – Vol. 52. – № 4. – P. 558-564.
8. Case management in primary palliative care is associated more strongly with organisational than with patient characteristics: results from a cross-sectional prospective study [Electronic resource] / A. GM van der Plas, A. L Francke, K. C Vissers [et al.] // BMC Palliat Care. – 2015. – V. 14. – Access mode: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4488052>.
9. Johansen M. L. Teamwork in primary palliative care: general practitioners' and specialised oncology nurses' complementary competencies [Electronic resource] / Johansen M.L., Ervik B. // BMC Health Serv Res. – 2018. – № 18 (1). – Access mode: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29514681>.
10. Funding models in palliative care: Lessons from international experience / E. I. Groeneveld, J. B. Cassel, C. Bausewein [et al.] // Palliat Med. – 2017. – № 31(4). – P. 296–305.

11. Tuggey E. M. A multidisciplinary approach in providing transitional care for patients with advanced cancer [Electronic resource] / E. M. Tuggey, W. H. Lewin // *Annals of Palliative Medicine*. – 2014. – V. 3. – № 3. – Access mode: <http://apm.amegroups.com/article/view/4068/5057>.

12. Децик О.З. Вплив появи важкохворої дитини на соціальний статус її родини / О. З. Децик, Р. М. Мельник // *Україна. Здоров'я нації*. – 2017. – № 1 (42). – С. 16–21.

*Дата надходження рукопису до редакції: 07.09.2018 р.*

**Анализ видения медицинскими работниками проблем организации педиатрической паллиативной помощи в Украине**

О.З. Децик, Р.М. Мельник  
Ивано-Франковский национальный медицинский университет, г. Ивано-Франковск, Украина

**Цель.** Изучить мнение медицинских работников детских учреждений здравоохранения касательно проблем организации оказания педиатрической паллиативной помощи.

**Материалы и методы.** Проведен опрос 578 работников учреждений здравоохранения Ивано-Франковской области, обслуживающих детей.

**Результаты.** По мнению опрошенных медработников основными проблемами организации педиатрической паллиативной помощи в Украине являются: отсутствие целостной стратегии в государстве (в среднем 3,69 баллов по пятибалльной шкале), недостаточность финансирования (3,68) и непонимание органами власти масштабов проблемы (3,63). Это также тянет за собой недостаточное развитие соответствующей инфраструктуры (3,58), отсутствие стандартов оказания этого вида медицинской помощи (3,48) и специально подготовленных кадров (3,46). Доступность специализированных учреждений паллиативной помощи для тяжелобольных детей в 1,5-2 раза меньше потребности. Основное бремя ухода за такими детьми приходится на плечи их родственников, а роль обязательных, в соответствии с международными рекомендациями, членов мультидисциплинарной команды в 1,5-3 раза ниже необходимой.

**Выводы.** Формирование полноценной системы паллиативной помощи детям в Украине должно базироваться на разработке и принятии национальной стратегии ее развития и обеспечиваться многоканальным финансированием, главным образом за счет целевой государственной программы, бюджетов центрального правительства и местных общин, благотворительных фондов.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** паллиативная помощь детям, организация здравоохранения.

**Analysis of the medical workers' vision on the problems of pediatric palliative care management in Ukraine**

O.Z. Detsyk, R.M. Melnyk  
Ivano-Frankivsk National Medical University,  
Ivano-Frankivsk, Ukraine

**Aim.** To study the opinion of medical workers of children's health care facilities on the problems of providing pediatric palliative care.

**Materials and methods.** It was conducted survey of 578 workers of children's health care facilities in Ivano-Frankivsk region.

**Results.** According to the surveyed health workers, the main reasons for the inadequate organization of pediatric palliative care in Ukraine are the lack of a coherent strategy in the country (an average of 3.69 points on a five-point scale), lack of funding (3.68), and lack of understanding by the authorities of the scale of the problem (3.63). It also causes insufficient development of the relevant infrastructure (3.58), lack of standards for the providing this type of medical care (3.48) and lack of specially trained personnel (3.46). The availability of specialized palliative care facilities for seriously ill children is 1.5-2 times less than the need. The main burden of care for such children falls on the shoulders of their relatives, and the role of mandatory, in accordance with international recommendations, members of the multidisciplinary team is 1.5-3 times lower than necessary.

**Conclusions.** Forming a complete system of palliative care for children in Ukraine should be based on the development and adoption of a national strategy and ensured by multichannel financing, mainly through targeted state programs, budgets of central government and local communities and donations.

**KEY WORDS:** pediatric palliative care, health care management.

**ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ**

**Децик Орина Зенонівна** – д.мед.н., проф., завідувач кафедри соціальної медицини та громадського здоров'я Івано-Франківського національного медичного університету; вул. Галицька, 2, м. Івано-Франківськ, 76018, Україна.

**Мельник Роман Михайлович** – асистент кафедри соціальної медицини та громадського здоров'я Івано-Франківського національного медичного університету; вул. Галицька, 2, м. Івано-Франківськ, 76018, Україна.

## Методологічні підходи до визначення показників ефективності діяльності закладів перинатальної допомоги

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», м. Київ, Україна

**Мета роботи** – вивчити, проаналізувати та узагальнити сучасні міжнародні підходи до відбору показників діяльності закладів перинатальної допомоги, дослідити та визначити основні показники ефективності діяльності перинатальної служби.

**Матеріали та методи.** Матеріалами дослідження слугували сучасні міжнародні підходи до відбору показників діяльності закладів перинатальної допомоги, дані фокусованого інтерв'ювання. Використано методи: статистичний, соціологічного опитування (метод фокус-груп), аналітичний та системного підходу.

**Результати дослідження та висновки.** На підставі сучасних міжнародних підходів розроблено перелік індикаторів ефективності діяльності закладів перинатальної допомоги. За результатами проведеного сфокусованого інтерв'ю відібрано 26 найбільш значущих показників, що будуть використані при розробці нормативних (контрольних) показників моделі комплексної оцінки діяльності закладів і установ перинатальної допомоги. Перспективи подальших досліджень полягають у розробці комплексної моделі оцінки стану перинатальної допомоги на державному і регіональному рівнях.

**Ключові слова:** перинатальна допомога, індикатори, показники ефективності перинатальної допомоги, діяльність закладів перинатальної допомоги.

### ВСТУП

Здоров'я матерів і дітей в сучасному цивілізованому суспільстві розглядається в якості особливої гуманітарної цінності, найперспективнішого ресурсу економіки і безпеки країни. Адекватно впливаючи на здоров'я матерів і дітей, суспільство тим самим закладає основу для оптимального відтворення населення і стану його здоров'я в майбутньому. У зв'язку з цим, в даний час держава приділяє велику увагу розвитку і вдосконаленню перинатальної служби. Реформування охорони здоров'я, у т.ч. і перинатальної служби, які в умовах економічного спаду і вираженого бюджетного дефіциту є за своєю суттю інноваційним процесом, можливі лише при чітко оформленій і підтримуваній на державному рівні інноваційній політиці, одним із критеріїв якості якої може служити вимірювання ефективності механізму і процесу управління службою охорони здоров'я матерів та новонароджених. Минулі за останні два десятиліття соціально-економічні перетворення в країні зачепили всі аспекти існуючої системи охорони здоров'я, у тому числі у частині реформування та розвитку системи перинатальної допомоги і відбилися на соціальному положенні і стані здоров'я жінок і дітей, тому дослідження питання стану перинатальної допомоги та ефективності діяльності закладів перинатальної допомоги на сучасному етапі набуває особливої актуальності [1-6].

**Мета роботи** – вивчити, проаналізувати та узагальнити сучасні міжнародні підходи до відбору показників діяльності закладів перинатальної допомоги, дослідити та визначити основні показники ефективності діяльності перинатальної служби.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Матеріалами дослідження слугували сучасні міжнародні підходи до відбору показників діяльності

закладів перинатальної допомоги, дані фокусованого інтерв'ювання. Використано методи: статистичний, соціологічного опитування (метод фокус-груп), аналітичний та системного підходу.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У вересні 2015 року в рамках 70-ї сесії Генеральної Асамблеї ООН у Нью-Йорку відбувся Саміт ООН зі сталого розвитку та прийняття Порядку денного щодо дій після 2015 року, на якому було затверджено нові орієнтири розвитку. Підсумковим документом Самміту «Перетворення нашого світу: порядок денний у сфері сталого розвитку до 2030 року» було затверджено 17 Цілей Сталого Розвитку (ЦСР) та 169 завдань. Україна, як і інші країни-члени ООН, приєдналася до глобального процесу забезпечення сталого розвитку. Для встановлення стратегічних рамок національного розвитку України на період до 2030 року на засадах принципу «Нікого не залишити осторонь» було започатковано інклюзивний процес адаптації ЦСР. Зокрема національними завданнями третьої цілі сталого розвитку «Міцне здоров'я і благополуччя» передбачено до 2030 р.: знизити рівень материнської смертності до 11,2 на 100 тис. народжених живими, смертності дітей у віці до 5 років, випадків до 6-7 на 1000 живонароджених шляхом мінімізації смертності, якій можна запобігти, кількість смертей від зловживання новоутворення молочної залози у віці 30–59 років до 18,3 та від зловживання новоутворення шийки матки до 9,5 на 100 тис. жінок відповідного віку; знизити поширеність тютюнокуріння серед жінок віком 16–29 років до 4,0%, серед чоловіків віком 16–29 років до 20,0% з використанням інноваційних засобів інформування про негативні наслідки тютюнокуріння [1].

Виконання заданих параметрів вимагає найсерйознішої реорганізації всієї системи охорони



здоров'я, у тому числі перинатальної допомоги з оцінкою її ефективності. Для цього необхідно розробити інструментарій, що дозволяє своєчасно отримати і проаналізувати інформацію для прийняття ефективних управлінських рішень, спрямованих на комплекс проблем, що визначають здоров'я матерів і дітей, а також якість і доступність наданої медичної допомоги на всіх її етапах.

У доповіді Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) у 2000 р. були запропоновані критерії і методика порівняльної оцінки діяльності систем охорони здоров'я в різних країнах [2]. Ці критерії відображають прогрес в досягненні трьох фундаментальних цілей систем охорони здоров'я: 1) поліпшення стану здоров'я населення; 2) справедливість в розподілі тягаря фінансування охорони здоров'я; 3) чуйність до очікування людей в питаннях, які пов'язані зі станом здоров'я. При цьому в якості функцій системи охорони здоров'я, що забезпечують досягнення цих цілей, виділяються: 1) надання послуг; 2) фінансування; 3) ресурсне забезпечення; 4) керівництво.

Запропонований ВООЗ підхід до порівняльної оцінки національних систем охорони здоров'я відкриває можливості побудови комплексних оцінок ефективності роботи національних систем охорони здоров'я в цілому і окремих їх компонентів та їх зіставлення один з одним і з іншими країнами.

Для подальшого розвитку напрямків щодо вдосконалення перинатальної допомоги важливо систематично аналізувати успішність діяльності установ і закладів охорони здоров'я з виявленням і оцінкою змін, що відбулися в стані здоров'я матерів і дітей. Це дозволить розробити додаткові диференційовані пропозиції по оптимізації перинатальної допомоги на всіх етапах її надання.

Завдання щодо розроблення і впровадження в усіх країнах національних механізмів для забезпечення систем оцінки діяльності окремих закладів охорони здоров'я, видів діяльності, програм, спрямованих на вдосконалення якості медичної допомоги сформульовано у глобальній стратегії ЄРБ ВООЗ «Здоров'я 21 – здоров'я для всіх у XXI столітті». За висновками Люблінської хартії з реформування системи охорони здоров'я (1996), яка схвалена міністрами охорони здоров'я або їх представниками усіх європейських країн, у розділі основних принципів зазначено, що будь яка реформа охорони здоров'я повинна спрямовуватись на безперервне покращання якості медичної допомоги, а також на підвищення її ефективності з розробкою і використанням системи її моніторингу і оцінки [3, 4].

В Україні моніторинг і оцінка стану здоров'я населення та ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я проводиться на виконання Постанови Кабінету Міністрів України «Про моніторинг стану здоров'я населення та ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я» від 28.12.2000 р. №1907 за розробленими у відповідності Глобальній стратегії ЄРБ ВООЗ «Здоров'я 21 – здоров'я для всіх у XXI столітті» інтегральними показниками стану здоров'я населення, діяльності та ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я.

Перспективним напрямом для швидких змін у поліпшенні медичної, у т. ч. і перинатальної допомоги є впровадження комплексної оцінки діяльності установ і

закладів перинатальної допомоги (ЗПД), основним інструментом якої слугують показники їх діяльності.

Індикатор якості медичної допомоги – ретроспективно вимірюваний елемент оцінки медичної допомоги, відносно якого є надійні докази, що його зміна пов'язана з якістю допомоги. Індикатори, відібрані для комплексної оцінки, повинні відрізнятися залежно від рівнів медичної допомоги в рамках системи охорони здоров'я. Дуже важливо відбирати обмежену кількість індикаторів, які будуть реально використовуватися спеціалістами. На рівні керівництва закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) необхідно більше інформації, ніж на національному або міжнародному рівні. Кількість індикаторів, за якими здійснюють оцінювання, повинна зменшуватися від рівня ЗОЗ до регіонального, національного рівня.

З метою підтримки і пропаганди систематичного і скоординованого підходу до перинатальної допомоги Європейське регіональне бюро (ЄРБ) ВООЗ розпочало нову ініціативу під загальною назвою «Сприяння підвищенню ефективності перинатальної допомоги» (СПЕП) [5]. Ініціатива СПЕП включає оцінку показників (індикаторів), які необхідно адаптувати на національному і місцевому рівнях у кожному окремому випадку для того, щоб оцінити успіх здійснення ініціативи як в окремій країні, так і в регіоні в цілому. Це дуже важливо для коригування стратегії і заходів у рамках програм для визначення подальших потреб і виділення ресурсів на пріоритетні потреби, для порівняння результатів для того, щоб збільшувати успіхи і усувати недоліки в здійсненні регіоналізації перинатальної допомоги. З цією метою індикатори визначають як параметр, вимірюваний в регулярних проміжках часу, для відстеження прогресу в досягненні цілей. Індикатори використовують як частину процесу оцінки, який робить акцент на здійсненні ініціативи регіоналізації перинатальної допомоги на районному, субрегіональному, регіональному і національному рівнях.

Відповідно до особливостей України доцільно визначити пріоритетні індикатори і вирішити, як краще збирати інформацію у світлі наявних ресурсів. Регіоналізований підхід СПЕП дуже важливий у даному випадку, оскільки відповідальність за планування, складання бюджету і надання послуг з охорони материнського і перинатального здоров'я (серед інших послуг охорони здоров'я) має бути перенесена на районний рівень. Оцінка виконання СПЕП може здійснюватися на державному і регіональному рівнях. Оцінювання можна визначити як періодичний аналіз ходу виконання поставлених завдань. Воно може включати детальне вивчення інформації з надання перинатальної допомоги, а також результатів досліджень.

Нині в Європі існує широка різноманітність не лише визначень (включаючи визначення самого перинатального догляду), але також і різноманітність ведення документації або записів, частоти збору даних, використовуваних параметрів і точок зору на етичні проблеми. Основні проблеми, що існують нині в Європі, це розроблення набору стандартних індикаторів з метою отримання порівняльної інформації з різних країн з тим, щоб використовувати її в процесі наступного планування і реалізації. Важливо усвідомлювати те, що набір

глобальних індикаторів може бути корисним, але їх слід розглядати в специфічному для країни контексті. Кінцева мета комплексної оцінки полягає в просуванні позитивних змін, для чого потрібен процес відбору адекватних індикаторів на національному і регіональному рівнях з тим, щоб забезпечити їхню ефективність, доступність і, передусім, корисність. У рамках ініціативи СПЕП стандартні індикатори слід розробляти в тісній співпраці з усіма спеціалістами на усіх рівнях. Відповідно до ініціативи СПЕП, оцінка повинна ґрунтуватися на трьох типах показників: – класичні індикатори результатів або наслідків для здоров'я (материнська і перинатальна смертність, плюс деякі показники захворюваності і здоров'я, як, наприклад, еклампсія і грудне або виключно грудне вигодовування); – деякі індикатори процесу або діяльності (охоплення видами медичної допомоги, типи пологів); – деякі індикатори якості догляду, включаючи задоволеність пацієнта. Індикатори процесу мають деякі переваги над індикаторами результатів в області материнського і перинатального догляду: вони дають інформацію про дії, які необхідно зробити, щоб поліпшити ситуацію. Їхнє вимірювання дешевше, тому їх можна вимірювати або оцінювати частіше, вони відразу відбивають усі зміни, що дозволяє здійснювати більш своєчасну корекцію виявлених негативних змін. Показники процесу можна використовувати як для початкової комплексної оцінки ситуації, так і для послідувального аналізу і оцінки ефективності проведених змін. Таким чином, вони представляють важливе доповнення або альтернативу стандартним індикаторам, таким, як рівень материнської, перинатальної і дитячої смертності.

Загальні індикатори материнського/перинатального догляду, рекомендовані різними організаціями, в тому числі Всесвітнім Банком, ВООЗ і Всесвітнім Самітом у захисті дітей (1993), включають:

- відсоток вагітних, які відвідували жіночі консультації;
- кількість ЗОЗ, що надають основну акушерську допомогу (на 500 тис. населення);
- географічний розподіл основної акушерської допомоги;
- відсоток жінок з ускладненнями при наданні основної акушерської допомоги;
- час з початку прояву ускладнень (чи поступлення в ЗОЗ) до початку лікування в стаціонарі;
- відсоток пологів за участю досвідченого медперсоналу;
- відсоток кесаревих розтинів від загальної кількості пологів;
- відсоток навчених і компетентних людей, що надають медичну допомогу;
- присутність близької людини під час пологів;
- використання партограм ВООЗ;
- використання положення на спині під час пологів;
- практику контакту «шкіра до шкіри» щонайменше протягом 30 хв. в першу годину після народження дитини;
- відсоток лікарень з протоколами по грудному вигодовуванню;

- відсоток жінок, що отримали консультації по грудному вигодовуванню в період вагітності і перед випискою з пологового будинку [6, 7].

У результаті консенсусу, досягнутого експертами в ході обговорення в робочих групах на другій нараді Цільової групи по перинатальному догляду (Болонья, 26–29 січня 2000 р.), ЄРБ ВООЗ нині розглядає можливість здійснення пілотних проектів для апробації рекомендованих індикаторів у трьох областях перинатального догляду: – вагітність, ведення передпологових кровотеч; – ведення нормальних пологів; – новонароджені: пропаганда грудного вигодовування. Було визнано, що для всього регіону неможливо рекомендувати набір простих індикаторів, досить гнучких у застосуванні до всіх ситуацій. Окремі компоненти будуть відкриті для безлічі різних інтерпретацій, але акцент необхідно зробити на їх важливості як механізму управління для тих, хто здійснює планування. Зрозуміло, що деякі індикатори можна порівняно легко збирати і вимірювати (грудне вигодовування), тоді як інші індикатори (включаючи допологову кровотечу і ведення пологів) представляють певні труднощі. Робочими групами був розроблений список індикаторів процесу і результатів для ведення усіх жінок: з кровотечами до або після 24 тижнів вагітності. Ці індикатори включають охоплення і діяльність, що дозволить керівникам охорони здоров'я приймати ефективніші рішення. Наступні два індикатори були вибрані робочою групою як глобальна рекомендація: – відсоток жінок, що знають про важливість такого симптому, як кровотеча; – відсоток навчених, компетентних в установленні діагнозу і веденні консультування людей, що надають допомогу жінкам. Але відзначена наявність труднощів (відсутність знань, бажання і навичок тощо) для того, щоб рекомендувати використання цих двох індикаторів для комплексної оцінки діяльності закладів перинатальної допомоги усіх регіонів.

В цілому для оцінки репродуктивного здоров'я на національному і міжнародному рівнях експерти ВООЗ рекомендують 17 показників. Водночас різні країни і міжнародні організації пропонують різні рекомендації щодо того, які показники повинні оцінюватися. Кількість показників коливається від 10 у Данії до 43 у Канаді [8].

В розвинених країнах для аналізу і оцінки перинатальної допомоги використовується інструмент для оцінки якості стаціонарної допомоги матерям і новонародженим (ІОЯСДМН), розроблений Інститутом здоров'я дитини IRCCS Burlo Garofolo, Трієст, Італія – Партнерським центром ВООЗ з питань охорони здоров'я матері і дитини, в консультативному процесі з Європейським регіональним бюро ВООЗ. Згідно рекомендацій ВООЗ ІОЯСДМН може бути використаний на національному і регіональному рівнях як один з компонентів стратегії по підвищенню якості перинатальної допомоги (таблиця 1).

В Україні розробка і впровадження індикаторів якості регламентовані Законами України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» від 07.07.2011 р. № 3611-VI та «Про порядок проведення

реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» від 7.07.2011 р. № 36112-VI.

Основними компонентами індикаторів є: якість структури (організація роботи персоналу, кваліфікація медичних працівників, матеріально-технічне і лікарське забезпечення медичного процесу); якість процесу (доступність медичної допомоги в залежності від потреби, ведення пацієнтів у певних клінічних ситуаціях (при

профілактиці, діагностиці, лікуванні і реабілітації, дотримання стандартів медичної допомоги і правильності вибору медичної технології); якість кінцевого результату (визначення стану здоров'я пацієнта після лікування і порівняння результатів з еталонними, встановленими на підставі даних надійних досліджень і клінічних оцінок, економічна і соціальна ефективність, медико-демографічні показники, задоволеність пацієнтів отриманими послугами, якість життя).

Таблиця 1

**Порівняльна характеристика індикаторів якості перинатальної допомоги**

| РФ  | ВООЗ (ЮЯСДМ)  | ВООЗ (ініціатива СПЕП)  |
|---|---|---|
| Число закладів (відділень) родопомочі, що надають стаціонарну акушерську допомогу | Наявність і якість інформаційної системи, заснованої на використанні паперових носіїв, за найбільш важливими перинатальними показниками | Кількість ЗОЗ, що надають основну акушерську допомогу (на 500 тис. населення)   |
| Кількість ліжок для вагітних і роділь   | Наявність і якість комп'ютерної інформаційної системи за найбільш важливими перинатальними показниками                                  | Географічний розподіл основної акушерської допомоги   |
| Кількість ліжок патології вагітності  | Наявність комп'ютерної системи медичних записів   | Відсоток пологів за участю досвідченого медперсоналу;   |
|   | Періодичний аналіз і оцінка статистичних даних і показників відповідними професійними групами   | Відсоток навчених і компетентних спеціалістів, що надають медичну допомогу  |
|   | Наявність відповідних статистичних даних і інформації   | Відсоток лікарень з протоколами по грудному вигодовуванню;  |
|   | Обладнання й матеріали  | Число медпрацівників, що пройшли ефективний курс навчання   |
|   | Лабораторна підтримка   | Число медичних учбових закладів з адекватним учбовим планом;  |
|   | Базова інфраструктура медичної установи   | % навчених, компетентних в постановці діагнозу і веденні вагітності та пологів медичних працівників, що надають допомогу жінкам |
|   | Стандарти й критерії післяпологового відділення   |   |
|   | Доступність медичного персоналу   |   |
| Народилось живими всього, з них масою тіла 500-999 г, 1000-1499 г, 1500-2499г.    | Кількість новонароджених з низькою масою тіла при народженні: <1000 г, <1500 г, <2500 г   | Присутність близької людини при пологах   |
| Народилось мертвими всього, з них масою тіла 500-999 г, 1000-1499 г, 1500-2499 г  | Розродження шляхом кесаревого розтину   | Використання партограмми  |
| Кесарів розтин  | Епізіотомія в пологах   | Застосування стимулювання (включаючи зовнішній механічний тиск)   |
| Акушерські щипці, плодоруйнівні операції  | Родостимуляція в пологах  | Положення лежачи на спині в пологах   |
| Кровотеча при вагітності, в пологах і післяпологовому періоді                     | Інструментальні пологи  | Контакт «шкіра до шкіри»  |
| Еклампсія, прееклампсія важка форма   | Кількість пологів у жінок з важкою анемією - гемоглобін <70 г/л (7 г%)  | Кількість новонароджених, що отримали додаткове харчування  |
| Розрив матки  | Застосування партограми в пологах   |   |

|  |   |  |
|--|---|--|
| Післяпологовий сепсис, генералізована післяпологова інфекція | Активне ведення III періоду пологів   |  |
| Кількість жінок переведених в інші стаціонари                | Ведення випадків материнських ускладнень – кровотечі, прееклампсії, еклампсії           |  |
| Кількість викликів виїзних бригад реанімаційної допомоги     | Звичайний і екстрений неонатальний догляд   |  |
|  | Управління випадками і догляд за хворими новонародженими                                |  |
|  | Кількість жінок і новонароджених, переведених на вищий рівень надання медичної допомоги |  |

В цілому індикатори віддзеркалюють ступінь досягнення (або, навпаки – відхилення) цільового рівня медичної допомоги. Потенційними користувачами індикаторів є клініцисти, управлінці та розробники політики у сфері охорони здоров'я, засоби масової інформації та широкі кола громадськості.

Індикатори діяльності закладів перинатальної допомоги необхідно використовувати на всіх рівнях перинатальної допомоги. Очевидно, що на регіональному рівні можна збирати та аналізувати невеликий перелік найбільш значущих індикаторів. Водночас, у кожному ЗПД існують свої проблеми: в одному випадку – це своєчасність надання допомоги, в іншому – результативність або економічна ефективність. Відповідно, для кожної служби на кожній території й кожного типу ЗПД слід розробити (поряд із загально визначеним переліком) свої індикатори, які дадуть змогу оцінити досягнення актуальних завдань.

Для можливості оцінки якості медичної допомоги в окремому закладі охорони здоров'я, порівняння її з кращими зразками медичної практики інших країн та максимального використання передового міжнародного досвіду слід розробляти індикатори з їх нормативними значеннями в максимально сумісному з міжнародними системами індикаторів вигляді.

З урахуванням корисності, наукової обґрунтованості, зрозумілості, доступності і достовірності був розроблений перелік 60-ти індикаторів для проведення комплексної оцінки діяльності закладів перинатальної допомоги. Для забезпечення доступності і достовірності відібрані лише ті показники, які передбачені формами державної або галузевої статистики. З метою визначення найбільш значущих індикаторів були проведені сфокусовані групові інтерв'ю (фокус-групи). Фокус-група – якісний метод дослідження, групове інтерв'ю організоване у вигляді розмови кількох респондентів, зазвичай 6–12 осіб, на задану інтрв'юером-модератором тему. На відміну від класичних при сфокусованих інтерв'ю комунікація відбувається переважно між самими респондентами, а модератор лише направляє розмову в потрібне русло. Фокус-групи широко використовуються в соціологічних та

маркетингових дослідженнях. Інтерв'ю проводилося в 3-х дистанційних фокус-групах загальною чисельністю 29 осіб на базі Київського Перинатального центру і Національної Медичної Академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика. Учасниками фокус-груп були співробітники Київського Перинатального центру і курсанти циклів підвищення кваліфікації НМАПО. Проведенню сфокусованих інтерв'ю передувала презентація запропонованих індикаторів діяльності закладів перинатальної допомоги, важливість їх, вплив на зміну їх діяльності закладів перинатальної допомоги, наявні середні показники і запропоновані контрольні (цільові) значення. Шляхом спланованої дискусії першою фокус-групою було відібрано 26 індикаторів, другою – 35 і третьою – 27 найбільш значущих індикаторів. Рішення фокус-групи по відбору кожного індикатора приймалося при умові позитивного рішення не менше 2/3 складу групи. За даними рішень фокус-груп до переліку індикаторів оцінки діяльності закладів і установ перинатальної допомоги було включено 26 найбільш значущих індикаторів. Структура індикаторів діяльності закладів перинатальної допомоги включає їх перелік, джерело інформації методу вимірювання (обчислення), цільові значення для регіону, I, II і III рівнів перинатальної допомоги. Цільові значення індикаторів – це допустимий показник як позитивних, так і негативних явищ. Джерелами для встановлення цільових значень індикаторів діяльності перинатальної служби слугували дані досягнення завдань Глобальних стратегій, державних програм, надійних досліджень, а за їх відсутності – результати кращих практик, думки експертів. До переліку індикаторів не були включені показники матеріально-технічного забезпечення закладів, атестації лікарів та показники залучення закладів перинатальної допомоги до системи E-health, що пов'язано із неможливістю здійснення їх коректної та адекватної оцінки на даному етапі, що пов'язано із триванням процесів реформування галузі в країні, в подальшому по закінченню яких вищезазначені показники будуть досліджені та включені до моделі комплексної оцінки діяльності закладів і установ перинатальної допомоги. (таблиця 2).

Таблиця 2  
Індикатори діяльності закладів перинатальної допомоги

| № | Найменування індикатора   | Джерело інформації   | Методика вимірювання (обчислення)  | Нормативні показники |               |                |                 |
|---|---|--|--|----------------------|---------------|----------------|-----------------|
|   |   |  |  | Всього у регіоні     | у ЗПД I рівня | у ЗПД II рівня | у ЗПД III рівня |
| 1 | Забезпеченість родильними ліжками   | Ф.47   | Кількість родильних (включаючи патологію вагітності) ліжок X 1000 / загальна кількість пологів в регіоні   | ≈30-35               | ≈9-11         | ≈15-18         | ≈6-7            |
| 2 | Забезпеченість лікарями акушер-гінекологами   | Ф.17   | Кількість лікарів акушер-гінекологів X 10000 / загальна кількість жіночого населення   | >5,5                 |               |                |                 |
| 3 | Забезпеченість лікарями педіатрами-неонатологами  | Ф.17   | Кількість лікарів педіатрів-неонатологів X 1000 / загальна кількість народжених живими   | >5,5                 |               |                |                 |
| 4 | Наявність сучасного медичного обладнання для надання перинатальної допомоги відповідного рівня. | Табелі оснащення ЗПД, затверджені відповідними наказами – №404 від 20.06.2006 р., №951 від 04.11.2010 р., №783 від 14.11.2011 р., №640 від 25.07.2013 р. | Кількість наявного передбаченого табелем оснащення сучасного медичного обладнання X 100 / кількість передбаченого табелем оснащення сучасного медичного обладнання | >95                  | >95           | >95            | >95             |
| 5 | Наявність електронної системи eHealth   |  |  |                      |               |                |                 |
| 6 | Наявність статусу «Лікарня, доброзичлива до дитини»   | Дані методично - організаційного моніторингового центру НДСЛ «Охмат-дит»   | Кількість ЗОЗ що мають сертифікат «Лікарня, доброзичлива до дитини» X 100 / кількість ЗОЗ  | >90                  | >85           | >95            | >95             |
| 7 | Своєчасність постановки на облік вагітних,  | Ф.21   | Кількість жінок, які поставлено на облік до 12 тижнів вагітності X 100 / загальна кількість жінок, які надійшли для нагляду  | >95                  | >95           |                |                 |
| 8 | Частота анемії вагітних   | Ф.21   | Кількість жінок з закінченою вагітністю, у яких вагітність супроводжувалася анемією X 100 / загальна кількість жінок, що закінчили вагітність                      | <20,0                | <20,0         |                |                 |

|    |  |         |   |       |       |       |      |
|----|--|---------|---|-------|-------|-------|------|
| 9  | Частота гестозів вагітних  | Ф.21    | Кількість жінок з закінченою вагітністю, у яких вагітність супроводжувалася гестозом X 100 / загальна кількість жінок, що закінчили вагітність  | <5    | <5    |       |      |
| 10 | Частота преєклампсій та еклампсій вагітних   | Ф.21    | Кількість жінок з закінченою вагітністю, у яких вагітність супроводжувалася еклампсією та еклампсією X 100 / загальна кількість жінок, що закінчили вагітність  | <1,75 | <1,75 |       |      |
| 11 | Частота переривань вагітності  | Ф.13    | Кількість жінок фертильного віку, у яких була перервана вагітність X 1000 / загальна кількість жінок фертильного віку   | <7,5  | <7,5  | <7,5  |      |
| 12 | Співвідношення безпечного і небезпечного методів переривання вагітності до 12 тижнів | Ф.13    | Кількість жінок фертильного віку, у яких була перервана вагітність безпечним методом / кількість жінок фертильного віку, у яких була перервана вагітність небезпечним методом                           | >10,0 | >10,0 | >10,0 |      |
| 13 | Частота нормальних пологів   | Ф.21    | Кількість нормальних пологів X 100 / загальна кількість пологів   | 70,0  | 75,0  | 60,0  | 40,0 |
| 14 | Індекс концентрації розродження вагітних з вадами серця                              | Ф.111/о | Кількість вагітних з вадами серця розроджених у ЗПД відповідного рівня X 100 / загальна кількість вагітних з вадами серця розроджених в регіоні   |       | <10   | ≥40   | ≥50  |
| 15 | Індекс концентрації розродження вагітних з цукровим діабетом                         | Ф.21    | Кількість вагітних з цукровим діабетом розроджених у ЗПД відповідного рівня X 100 / загальна кількість вагітних з цукровим діабетом розроджених в регіоні   |       | <2    | <18   | ≥80  |
| 16 | Індекс концентрації розродження вагітних з преєклампсією і еклампсією                | ≤18     | Кількість вагітних з преєклампсією і еклампсією розроджених у ЗПД відповідного рівня X 100 / загальна кількість вагітних з преєклампсією і еклампсією розроджених в регіоні                             |       | <10   | ≥40   | ≥50  |
| 17 | Частота розроджень вагітних шляхом кесаревого розтину                                | Ф.20    | Кількість пологів шляхом кесаревого розтину X 100 / загальна кількість пологів  | <16   | <11   | <18   | <24  |
| 18 | Частота кровотеч в послідовому і післяродовому періодах                              | Ф.21    | Кількість пологів з кровотечею в послідовому і післяродовому періодах X 1000 / загальна кількість пологів   | <5    | <2    | < 8   | <15  |
| 19 | Індекс концентрації новонароджених масою тіла при народженні 500-999 г               | Ф.21    | Кількість новонароджених масою тіла при народженні 500-999 г народжених у ЗПД відповідного рівня X 100 / загальна кількість новонароджених масою тіла при народженні 500-999 г народжених в регіоні     |       | <5    | <15   | >80  |
| 20 | Індекс концентрації новонароджених масою тіла при народженні 1000-1499 г             | Ф.21    | Кількість новонароджених масою тіла при народженні 1000-1499 г народжених у ЗПД відповідного рівня X 100 / загальна кількість новонароджених масою тіла при народженні 1000-1499 г народжених в регіоні |       | <8    | <22   | >70  |

|    |  |                                  |   |       |        |      |     |
|----|--|----------------------------------|---|-------|--------|------|-----|
| 21 | Частота маловагових новонароджених                             | Ф.21                             | Кількість новонароджених масою тіла при народженні 500-2499 г X 100 / загальна кількість новонароджених   | <4    | <2,5-3 | <5,5 | <12 |
| 22 | Вживання новонароджених з дуже малою масою тіла при народженні | Ф.21                             | Кількість новонароджених масою тіла при народженні 500-1499 г, які вижили після 168 годин життя X 100 / кількість новонароджених масою тіла при народженні 500-1499 г   | >85   | >75    | >85  | >89 |
| 23 | Індекс здоров'я новонароджених                                 | Ф.21                             | Кількість народжених здоровими новонароджених X 100 / загальна кількість новонароджених   | >90   | >95    | >80  | >70 |
| 24 | Рівень перинатальної смертності                                | Дані Державної служби статистики | Кількість народжених мертвими і померлих у перші 168 годин життя X 1000 / загальна кількість новонароджених   | <8    | <3     | <6   | <12 |
| 25 | Рівень неонатальної смертності                                 | Дані Державної служби статистики | Кількість новонароджених, померлих у перші 168 годин життя X 1000 / загальна кількість новонароджених   | <4    | <1     | <3   | <5  |
| 26 | Рівень материнської смертності                                 | Дані Державної служби статистики | Кількість жінок, що померли в період вагітності, пологів та протягом 42 днів після пологів з будь-якої причини пов'язаної з вагітністю, обтяженою нею або її веденням але не від нещасного випадку X 100000 / загальна кількість новонароджених | <11,0 | <5     | <7   | <30 |

**ВИСНОВКИ**

В ході дослідження згідно рекомендацій ВООЗ ІОЯСДМН, ініціативи СПЕП, досвіду розвинених країн було розроблено перелік індикаторів ефективності діяльності закладів перинатальної допомоги. За результатами проведеного сфокусованого інтерв'ю з урахуванням корисності, наукової обґрунтованості, зрозумілості, доступності і достовірності відібрано 26 найбільш значущих структурованих за компонентами, рівнем

перинатальної допомоги та нормативними значеннями показників, що будуть використані при розробці нормативних (контрольних) показників моделі комплексної оцінки діяльності закладів і установ перинатальної допомоги.

**Перспективи подальших досліджень** полягають у розробці комплексної моделі оцінки стану перинатальної допомоги на державному і регіональному рівнях.

**ЛІТЕРАТУРА**

1. Цілі сталого розвитку: Україна. Національна доповідь, Міністерство економічного розвитку і торгівлі України. – 2017. – 174 с.
2. World health report 2000: health systems: improving performance. World Health Organization, 2000. <http://www.who.int/whr/2000/en/index.html>.
3. Стратегія ВООЗ Здоров'я 21 – здоров'я для всіх в 21-ому столітті // Люблінська хартія з реформування системи охорони здоров'я (1996).
4. Primary health care now more than ever : The World health report, 2008 // WHO. – 152 p [Electronic resource]. – Access mode : [http://www.who.int/whr/2008/whr08\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf). – Title from screen.
5. Руководство по разработке стратегий обеспечения качества и безопасности с позиции систем здравоохранения / Европейское региональное бюро ВОЗ. – Копенгаген, 2008. – 86 с.
6. Parkhurst J.O. International maternal health indicators and middle-income countries: Russia / J.O. Parkhurst, K. Danishevski, D. Balabanova / BMJ 2005; 331: 510–513.
7. Моїсеєнко Р.О. Збірник нормативних документів з питань реформування перинатальної допомоги в Україні / Р.О. Моїсеєнко, С.І. Осташко, І.В. Чибісова [ред.]; упоряд. Ю.В. Давидова. – Київ : ПП “Золоті ворота”, 2012. – 456 с.
8. Дудіна О.О. Деякі характеристики репродуктивного здоров'я жінок України / О.О. Дудіна, Г.Я. Пархоменко, Ю.Ю. Габорець // Здоров'я жінки. – 2011. – № 7 (63). – С. 146–151.

**Дата надходження рукопису до редакції: 17.09.2018 р.**

**Методологічні підходи к определению показателей эффективности деятельности учреждений перинатальной помощи**

Е.А. Дудина, С.В. Дудник  
ГУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»

**Цель работы** – изучить, проанализировать и обобщить современные международные подходы к отбору показателей деятельности учреждений перинатальной помощи, исследовать и определить основные показатели эффективности деятельности перинатальной службы.

**Материалы и методы.** Материалами исследования послужили современные международные подходы к отбору показателей деятельности учреждений перинатальной помощи, данные фокусированного интервьюирования. Использованы методы: статистический, социологического опроса (метод фокус-групп), аналитический и системного подхода.

**Результаты исследования и выводы.** На основании современных международных подходов разработан перечень индикаторов эффективности деятельности учреждений перинатальной помощи. По результатам проведенного сфокусированного интервью отобраны 26 наиболее значимых показателей, которые будут использоваться при разработке нормативных (контрольных) показателей модели комплексной оценки деятельности учреждений перинатальной помощи. Перспективы дальнейших исследований заключаются в разработке комплексной модели оценки состояния перинатальной помощи на государственном и региональном уровнях.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** перинатальная помощь, индикаторы, показатели эффективности перинатальной помощи, деятельность учреждений перинатальной помощи.

**Methodological approaches to the determination of efficiency rates of perinatal care institutions activity**

O.O. Dudina, S.V. Dudnyk  
SE «Ukrainian institute of strategic researches of Ministry of Health of Ukraine»

**Purpose** – to study, analyze and summarize modern international approaches to the selection of activity indicators of perinatal care institutions, to investigate and determine the main efficiency indicators of the perinatal service activity.

**Materials and methods.** The materials of the study were modern international approaches to the selection of activity indicators of perinatal care institutions, data of focused interviewing. Used methods: statistical, sociological survey (method of focus groups), analytical and method of systematic approach.

**Results and conclusions.** Based on current international approaches, a list of efficiency indicators of perinatal care institutions activity has been developed. Based on the results of a focused interview, 26 of the most significant rates were selected, which will be used in the development of regulatory (benchmark) rates of the complex assessment model of perinatal care institutions and establishments. Prospects for further research are layed in development of complex model for assessing the condition of perinatal care at the state and regional levels.

**KEY WORDS:** perinatal care, indicators, rates of the efficiency of perinatal care, activity of perinatal care institutions.

**ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ**

**Дудіна Олена Олександрівна** – к.мед.н., завідувач відділенням ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», м. Київ, провулок Волго-Донський, 3.

**Дудник Світлана Валеріївна** – к.мед.н., учений секретар ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», м. Київ, провулок Волго-Донський, 3.



## Вплив медико-соціальних факторів на якість життя хворих

<sup>1</sup>Державний заклад «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро Україна  
<sup>2</sup>Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності  
Міністерства охорони здоров'я України, м. Дніпро Україна

**Мета** – вивчення впливу медико-соціальних чинників на пов'язану зі здоров'ям якість життя дорослих хворих на хронічні захворювання

**Матеріали та методи.** За допомогою русифікованого аналога методики MOS-SF 36 вивчено якість життя та її зв'язок з комплексом медико-соціальних факторів у 569 дорослих осіб, з яких 369 – хворі на хронічні захворювання, 200 – практично здорові особи.

**Результати.** В групі хворих у порівнянні зі здоровими виявлено істотне зниження якості життя. Найбільш чутливими при наявності хронічних захворювань виявилися критерії, пов'язані з фізичним (нижче на 63,2 бали,  $p < 0,001$ ) та емоційним рольовим функціонуванням (нижче на 54 бали,  $p < 0,001$ ). Встановлено, що чоловіча стать, високий рівень освіти, матеріальний достаток та професійна зайнятість є факторами, що підвищують якість життя хворих.

**Висновки.** Результати дослідження свідчать про вплив на якість життя хворих різних медико-соціальних факторів, що слід враховувати при формуванні системи громадської охорони здоров'я.

**Ключові слова:** якість життя, пов'язана зі здоров'ям; медико-соціальні чинники; хворі на хронічні захворювання.

### ВСТУП

Загальноприйнято вважати, що якість життя, пов'язана зі здоров'ям (health-related quality of life) – це багатовимірна конструкція, яка складається як мінімум з трьох основних областей – фізичного, психологічного та соціального функціонування осіб, які страждають від хвороби та / або лікування [3, 4]. Якість життя в медицині вважається інтегральним показником, що відбиває ступінь адаптації людини до хвороби і можливість виконання нею звичних функцій, відповідних її соціально-економічному становищу [7].

Концепція якості життя, пов'язаної зі здоров'ям (ЯЖ), широко використовується у клінічних випробуваннях сучасних лікарських препаратів та клінічній практиці [6].

Водночас дослідження щодо впливу медико-соціальних факторів на ЯЖ хворих поодинокі, що й обумовило актуальність дослідження.

**Мета роботи** – вивчення впливу медико-соціальних чинників на пов'язану зі здоров'ям якість життя дорослих хворих на хронічні захворювання.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У дослідженні взяли участь 569 дорослих осіб у віці 30–60 років, які були розподілені на 2 групи: основна (369 осіб) – хворі на хронічні захворювання (ішемічна хвороба серця, гіпертонічна хвороба, цереброваскулярні хвороби, бронхіальна астма, хронічний бронхіт, цукровий діабет, остеохондроз, остеоартроз) та контрольна (200 осіб) – практично здорові особи. Склад груп за віком та статтю був однорідним: середній вік складав 46,9(11,72) – M(SD) та 46,5(8,77) років ( $p > 0,05$ ); частка чоловіків – 55,0% та 60,0% відповідно ( $p > 0,05$ ).

Для оцінки пов'язаної зі здоров'ям ЯЖ використовувався русифікований аналог методики MOS-SF 36 (Medical Outcomes Study – Short Form: ліцензія

№ С1-120503-17386 Quality Metric Incorporated) [8]. Опитувальник складається із 36 запитань і включає 8 шкал або критеріїв ЯЖ: фізичне функціонування або фізична активність (ФА); рольове функціонування або роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності (РФ); біль (Б); загальний стан здоров'я (ЗЗ); психічне здоров'я (ПЗ); соціальне функціонування або соціальна активність (СА); вплив емоційного стану на рольове функціонування або роль емоційних проблем (РЕ); життєздатність (ЖЗ). Перші чотири критерії (ФА, РФ, Б, ЗЗ) вимірюють фізичний компонент здоров'я і мають з ним високий рівень кореляції. Наступні чотири критерії (ЖЗ, СА, РЕ, ПЗ) характеризують психологічний компонент і теж тісно корелюють з ним. Відповіді на запитання виражаються у балах від 0 до 100. Більше число балів шкали відповідає більш високому рівню ЯЖ. Згідно з міжнародними стандартами для оцінки клінічної значущості зрушень ЯЖ застосовано наступну шкалу градацій: зміни у 5-10 балів характеризуються як слабкі; у 10-20 балів – як помірні; більш як 20 балів – як дуже великі (значні) [1].

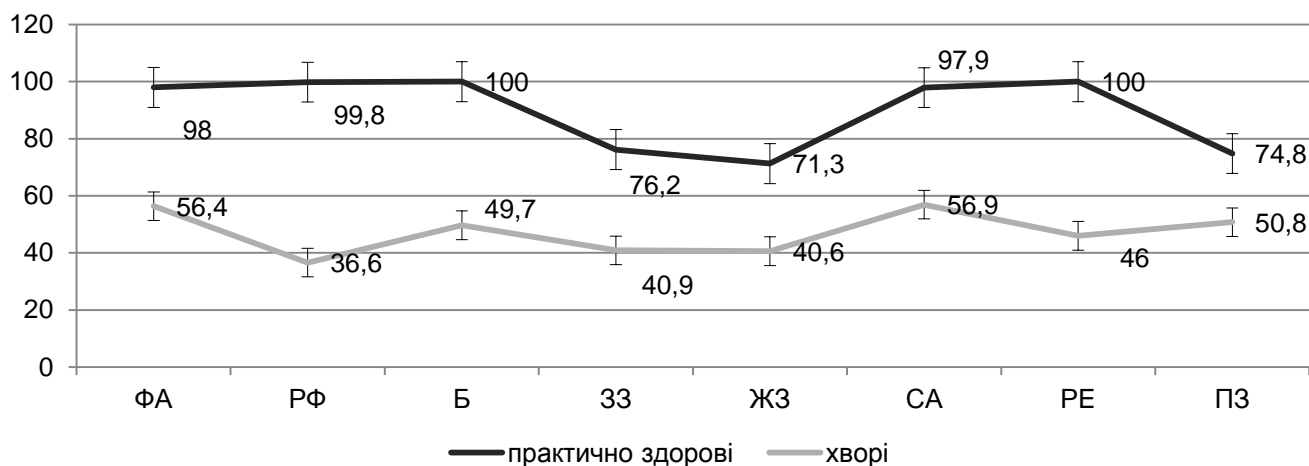
Вивчався вплив на ЯЖ різних факторів: демографічних (віку – вікові групи 30-39, 40-49 та 58-59 років; статі – чоловіча та жіноча) та соціальних (освіти – середня, вища; трудової зайнятості та її характеру – працюючі або непрацюючі, зайняті розумовою або фізичною діяльністю; матеріального достатку диференційованого за 7 градаціями; сімейного статусу і чисельності сім'ї (одружені чи не одружені, проживають в сім'ї чи одиниці).

Статистичну обробку результатів проводили за допомогою програмного продукту STATISTICA 6.1 (StatSoftInc., серійний № AGAR909E415822FA) та Excel-2010 з використанням методів параметричної та не параметричної статистики; розраховувалися середня арифметична (M), стандартне відхилення (SD), 95% довірчий інтервал (DI), коефіцієнти кореляції Пірсона (r).

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

В групі хворих у порівнянні зі здоровими виявлено статистично значуще і суттєве з точки зору клінічної значущості зниження ЯЖ за всіма шкалами (рис. 1), тобто хронічні хвороби призводять до обмеження всіх складових (фізичної, психічної, соціальної) нормального життя людини.

Найбільш чутливими при наявності хронічних захворювань виявилися критерії, пов'язані з фізичним та емоційним рольовим функціонуванням, що характеризують ступінь впливу захворювання на виконання роботи або іншої звичної повсякденної діяльності (у хворих у порівнянні з практично здоровими рівень по шкалі РФ нижче на 63,2 бали (95% ДІ 55,1–72,3),  $p < 0,001$ ; по шкалі РЕ – на 54 бали (95% ДІ 47,5–62,1),  $p < 0,001$ ).



**Рис. 1.** Порівняння профілів якості життя практично здорових та хворих на хронічні захворювання (середні бали та 95% ДІ)

При аналізі впливу різних факторів на ЯЖ встановлено наступне. У хворих всіх вікових груп параметри ЯЖ істотно нижчі ( $p < 0,001$ ) у порівнянні з групою здорових. Водночас, у групі хворих виявлена досить парадоксальна тенденція до зменшення ролі фізичних та емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності залежно від віку: РФ та РЕ у хворих вікової групи 40-49 років збільшується у порівнянні з групою 30-39 років, а у групі 50-59 років ця тенденція набуває статистичної значущості ( $p < 0,05$ ) (табл. 1). Причини такої спрямованості змін ЯЖ з віком можна пояснити тим, що, з одного боку, особи старшого віку схильні ставитися до хвороби як до певної реальності, з якою необхідно змиритися, з іншого – потреби в старших вікових групах знижуються.

Що стосується залежності рівня ЯЖ від статі, то виявлена тенденція до більш високого рівня ЯЖ вже у здорових чоловіків у порівнянні зі здоровими жінками. У хворих чоловіків ця тенденція переростає у статистично значущі закономірності за всіма шкалами ( $p < 0,01$ ). У чоловіків з хронічними хворобами виявлена більш висока толерантність до захворювання: вони мають вищі у порівнянні з жінками рівні суб'єктивної оцінки стану загального і психічного здоров'я, фізичної та соціальної активності, життєздатності. Крім того, при захворюваннях повсякденна діяльність хворих чоловіків меншою мірою обмежується фізичними та емоційними проблемами і суб'єктивними больовими відчуттями.

Таблиця 1  
**Показники якості життя у хворих залежно від віку, M (SD)**

| Шкали ЯЖ                | Вікова група (роки) |             |              |
|-------------------------|---------------------|-------------|--------------|
|                         | 30-39               | 40-49       | 50-59        |
| Фізичне функціонування  | 52,9 (4,02)         | 53,9 (2,21) | 58,1 (2,05)  |
| Рольове функціонування  | 30,3 (5,67)         | 31,9 (3,44) | 46,4 (3,42)* |
| Біль                    | 48,8 (4,06)         | 45,2 (1,99) | 53,2 (1,91)  |
| Загальний стан здоров'я | 37,7 (2,63)         | 39,6 (1,63) | 41,7 (1,39)  |
| Життєздатність          | 42,0 (3,34)         | 38,0 (1,71) | 41,3 (1,45)  |
| Соціальна активність    | 57,1 (3,42)         | 52,7 (2,07) | 60,8 (1,88)  |
| Роль емоційних проблем  | 39,4 (5,89)         | 43,0 (3,34) | 55,1 (3,36)* |
| Психічне здоров'я       | 49,6 (3,08)         | 49,4 (1,71) | 52,0 (1,38)  |

Примітка. \* –  $p < 0,05$  між віковими групами 40-49 та 50-59 років

Оцінка впливу на ЯЖ рівня освіти як умовного маркера коефіцієнта інтелектуальності показала, що більшість параметрів ЯЖ у хворих не виявляє відмінностей залежно від рівня їхньої освіти (рис. 2), за виключенням ФА, яка у респондентів з вищою освітою меншою мірою підпадає під вплив захворювання, ніж в осіб з середнім рівнем освіти: 63,3 (95% ДІ 59,1–67,1) бали та 53,6 (95% ДІ 49,9–56,7) бали відповідно для осіб з вищою та середньою

освітою,  $p < 0,001$ . Це можна пояснити тим, що у звичайному житті в осіб з середньою освітою мають обсяг фізичного навантаження, яке вони виконують, перевищує такий у групі респондентів з вищою освітою. Тому реальне зменшення фізичних можливостей перш за все відбивається на тій групі хворих, в якій ці можливості задіяні. Таким чином, рівень освіти відіграє помітну, але не безумовну роль для характеристики ЯЖ хворих.

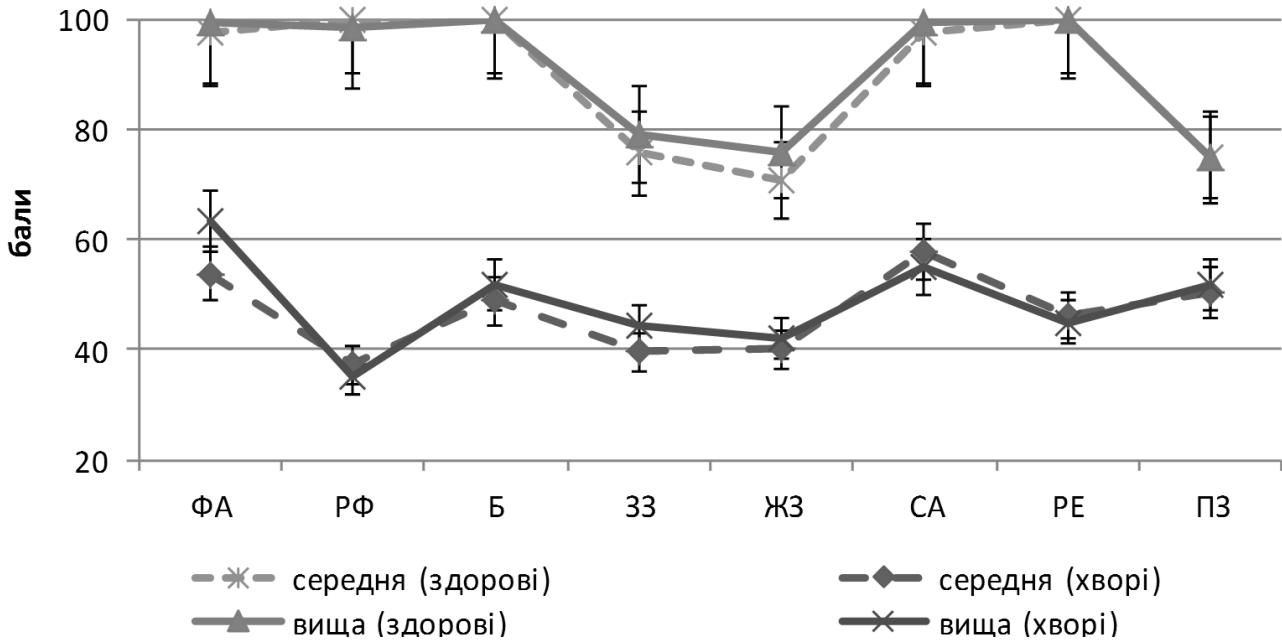


Рис. 2. Профілі ЯЖ хворих та здорових залежно від рівня освіти (середні бали та 95% ДІ)

Вважається, що ефективність боротьби з негативним впливом хвороби на ЯЖ пацієнтів немалою мірою залежить від соціальної підтримки [5], яку здатне надати найближче оточення хворого, перш за все його сім'я. Однак результати дослідження не виявили істотного впливу на ЯЖ ні наявності сім'ї, ні сімейного статусу (одружені/не одружені). Виключення складає лише більш висока роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності у хворих, що не мають чоловіка/дружини: РФ у одружених 38,8 (95% ДІ 31,9–40,6), у не одружених – 30,4 (95% ДІ 27,4–32,1),  $p < 0,05$ . Отримані дані дозволяють зробити припущення, що підтримку, необхідну для підвищення якості життя хворих, в основному забезпечує не факт проживання в сім'ї, а характер внутрішньосімейних відносин.

Матеріальне благополуччя посідає високе місце в традиційній системі цінностей і сприймається людьми як запорука незалежності від більшості зовнішніх обставин сучасного життя, в тому числі й можливість подолати проблеми зі здоров'ям [2]. В процесі дослідження виявлено прямий, достовірний, хоча й слабкий зв'язок (коливання коефіцієнтів кореляції в межах  $0,17 \pm 0,27$ ;  $p < 0,05$ ) подушного доходу хворих респондентів з усіма шкалами опитувальника (рис. 3). У контрольній групі серед практично здорових зв'язку між показниками ЯЖ і матеріальним достатком не виявлено. Такі дані підтверджують тезу, що матеріальний достаток є одним з

важливих факторів, який підвищує суб'єктивну оцінку здоров'я особами з наявними хронічними захворюваннями.

Дослідження впливу професійної зайнятості ЯЖ виявило, що в групі здорових істотних відмінностей в ЯЖ між працюючими і непрацюючими не виявлено, за виключенням показника життєздатності, який у професійно зайнятих працюючих істотно нижчий порівняно з незайнятими ( $p < 0,01$ ). У хворих виявлена інша картина (табл. 2). В цілому працюючі пацієнти мають високий рівень ЯЖ, ніж непрацюючі – по всіх шкалах опитувальника у них реєструються достовірно вищі показники ( $p < 0,01$ ), що свідчить про благотворний вплив професійної зайнятості на функціональний і психологічний статус, підвищення якості життя. По шкалах ФА, РФ, ЗЗ, РЕ – відмінності оцінюються як помірні (в межах  $12,2 \pm 18,0$  балів), по інших шкалах – як слабкі (в межах  $7,6 \pm 9,7$  балів). Звертає на себе увагу, що у хворих розумова діяльність більш позитивно впливає на ЯЖ, ніж заняття фізичною роботою – у них реєструється менший ступінь обмежень фізичної активності та загального здоров'я ( $p < 0,01$ ).

**ВИСНОВКИ**

Хронічні захворювання суттєво впливають на пов'язану зі здоров'ям якість життя, про що свідчать вірогідно і значно нижчі показники ЯЖ по всіх шкалах у

пацієнтів з хронічними захворюваннями у порівнянні з практично здоровими.

Виявлено різноманітний вплив демографічних (вік, стать) і соціальних (освіта, матеріальний достаток, трудова зайнятість, наявність сім'ї та сімейний статус) факторів на ЯЖ хворих, що слід враховувати як при організації

медичного обслуговування, так і при формуванні системи громадської охорони в цілому.

*Перспективи подальшого розвитку* полягають у розширенні спектру факторів, що впливають на якість життя хворих, включаючи різні компоненти способу їх життя.

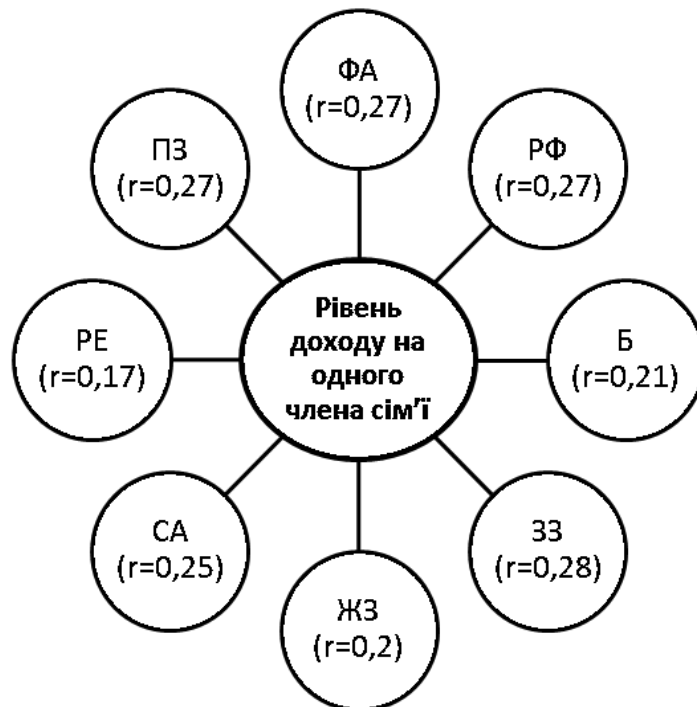


Рис. 3. Зв'язки між показниками ЯЖ і рівнем доходу на одного члена сім'ї (коефіцієнти кореляції Пірсона,  $p < 0,05$ )

Таблиця 2  
Показники якості життя в залежності від трудової зайнятості серед здорових та хронічно хворих,  $M$  ( $SD$ )

| Шкали ЯЖ                | Практично здорові |              | Хворі      |               |
|-------------------------|-------------------|--------------|------------|---------------|
|                         | працюючі          | непрацюючі   | працюючі   | непрацюючі    |
| Фізичне функціонування  | 97,6 (4,0)        | 99,5 (2,6)   | 61,7 (3,9) | 43,9 (5,0)*** |
| Рольове функціонування  | 99,7 (3,0)        | 100,0 (0,9)  | 41,2 (4,5) | 25,7 (4,3)*** |
| Біль                    | 100,0 (0,9)       | 100,0 (0,9)  | 51,9 (4,0) | 44,3 (4,4)**  |
| Загальний стан здоров'я | 75,7 (6,7)        | 78,5 (11,5)  | 44,5 (5,0) | 32,3 (3,1)*** |
| Життєздатність          | 69,5 (2,5)        | 80,1 (2,6)** | 42,9 (5,1) | 35,0 (3,7)*** |
| Соціальна активність    | 98,2 (5,1)        | 97,0 (11,3)  | 59,7 (6,2) | 50,4 (5,6)*** |
| Роль емоційних проблем  | 100,0 (0,9)       | 100,0 (0,9)  | 51,3 (5,5) | 33,3 (6,5)*** |
| Психічне здоров'я       | 74,1 (11,05)      | 78,5 (16,4)  | 53,7 (5,3) | 44,0 (6,0)*** |

Примітка. Вірогідність розбіжностей між працюючими та непрацюючими: \* –  $p < 0,05$ ; \*\* –  $p < 0,01$ ; \*\*\* –  $p < 0,001$

#### ЛІТЕРАТУРА

- Новик А. А. Показатели качества жизни населения Санкт-Петербурга / А. А. Новик, Ю. А. Сухонос, А. В. Киштович [и др.] // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2001. – № 4. – С. 22–31.
- Суворова Н. В. Материальный достаток как фактор благополучия современной семьи [Электронный ресурс] / Н. В. Суворова, И. В. Пивоварова, Л. М. Пилипенко // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 2 (часть 2). – Режим доступа: <https://www.science-education.ru/ru/article/view?id=21480>.
- Health-related quality of life and self-reported long-term conditions: a population-based survey / I. R. Zimmermann, M. T. Silva, T. F. Galvao, M. G. Pereira // Revista brasileira de psiquiatria. – 2017. – Vol. 39, № 1. – P. 62–68.
- Measuring Health-Related Quality of Life for Patients with Diabetic Retinopathy [Електронний ресурс] / A. Milne, J. A. Johnson, M. Tennant [et al.]. – Technology Assessment Report. – 2012. – Режим доступа: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK248340>.

5. Parkerson G. R. Health-related quality of life predictors of survival and hospital utilization / G. R. Parkerson, R. A. Gutman // Health Care Financing Review. – 2000. – Vol. 21, № 3. – P. 171–184.
6. Rouette J. Integrating health-related quality of life findings from randomized clinical trials into practice: an international study of oncologists' perspectives / J. Rouette, J. Blazeby, M. King [et al.] // Quality of life research. – 2015. – № 24 (6). – P. 1317–1325.
7. Tessier P. Does the relationship between health-related quality of life and subjective well-being change over time? An exploratory study among breast cancer patients / P. Tessier, M. Blanchin, V. Sébille // Social science and medicine. – 2017. – № 174. – P. 96–103.
8. Ware J. E. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection / J. E. Ware, C. D. Sherbourne // Med Care. – 1992. – № 30 (6). – P. 473–483.

*Дата надходження рукопису до редакції: 11.09.2018 р.*

### **Влияние медико-социальных факторов на качество жизни больных**

V.N. Lekhan<sup>1</sup>, A.V. Ipatov<sup>2</sup>, L.V. Kryachkova<sup>1</sup>, A.A. Kozir<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ГУ «Днепропетровская медицинская академия Министерства здравоохранения Украины»,

<sup>2</sup>ГУ «Украинский государственный научно-исследовательский институт медико-социальных проблем инвалидности Министерства здравоохранения Украины»

**Цель** – изучение влияния медико-социальных факторов на связанное со здоровьем качество жизни взрослых больных хроническими заболеваниями.

**Материалы и методы.** С помощью русифицированного аналога методики MOS-SF 36 изучено качество жизни и его связь с комплексом медико-социальных факторов у 569 взрослых, из которых 369 – больные хроническими заболеваниями, 200 практически здоровые лица.

**Результаты.** В группе больных по сравнению со здоровыми выявлено существенное снижение качества жизни. Наиболее чувствительными при наличии хронических заболеваний оказались критерии, связанные с физическим (ниже на 63,2 балла,  $p < 0,001$ ) и эмоциональным ролевым функционированием (ниже на 54 балла,  $p < 0,001$ ). Установлено, что мужской пол, высокий уровень образования, материальный достаток и профессиональная занятость являются факторами, повышающими качество жизни больных.

**Выводы.** Результаты исследования свидетельствуют о влиянии на качество жизни больных различных медико-социальных факторов, что необходимо учитывать при формировании системы общественного здравоохранения.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** качество жизни, связанное со здоровьем; медико-социальные факторы; больные хроническими заболеваниями.

### **The influence of medical and social factors on the quality of life of patients**

V.N. Lekhan<sup>1</sup>, A.V. Ipatov<sup>2</sup>, L.V. Kryachkova<sup>1</sup>, O.A. Kozir<sup>1</sup>

<sup>1</sup>SE «Dnipropetrovsk Medical Academy of Health Ministry of Ukraine», Dnipro, Ukraine

<sup>2</sup>SE "Ukrainian State Research Institute of Medical and Social Problems of Disability of the Ministry of Health of Ukraine"

**Purpose** – to study the influence of medical and social factors on the health-related quality of life of adult patients with chronic diseases.

**Materials and methods.** With the help of the Russified analogue of the MOS-SF 36 method, the quality of life and its relationship with the complex of medical and social factors were studied in 569 adults, of whom 369 are patients with chronic diseases, 200 healthy individuals.

**Results.** In the group of patients compared with healthy participants, a significant decrease in the quality of life was detected. The most sensitive criteria in the presence of chronic diseases were the criteria related to physical (lower by 63.2 points,  $p < 0.001$ ) and emotional role functioning (lower by 54 points,  $p < 0.001$ ). It has been established that the male gender, a high level of education, material wealth and professional employment are the factors that increase the quality of life of patients.

**Conclusions.** The results of the study indicate the influence of various medical and social factors on the quality of life of patients that should be considered when forming the public health system.

**KEY WORDS:** health-related quality of life; medical and social factors; patients with chronic diseases.

### **ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ**

**Лехан Валерія Микитівна** – д.мед.н., проф., зав. кафедри соціальної медицини, організації та управління охороною здоров'я ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»; пр. Яворницького, 24, м. Дніпро, 49027, Україна.

**Іпатов Анатолій Володимирович** – проф., директор ДУ «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності Міністерства охорони здоров'я України» пров. Феодосія Макаревського, 1А, м. Дніпро, 49000, Україна.

**Крячкова Лілія Вікторівна** – д.мед.н., доц. кафедри соціальної медицини, організації та управління охороною здоров'я ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»; пр. Яворницького, 24, м. Дніпро, 49027, Україна.

**Козир Олександр Анатолійович** – викладач кафедри соціальної медицини, організації та управління охороною здоров'я ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»; пр. Яворницького, 24, м. Дніпро, 49027, Україна.

З.В. Лашкул, Д.Г. Балашов

## Аналіз захворюваності на венеричні хвороби в Україні та Запорізькій області за 2012–2017 рр.

ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України», м. Запоріжжя, Україна

**Мета** – оцінити ефективність державних програм боротьби із захворюваністю на інфекції, що передаються статевим шляхом.

**Матеріали та методи.** Використано дані державної і галузевої статистики в Україні та Запорізькій області 2012–2017 рр. А також методи епідеміологічного аналізу, статистичний і графічного зображення.

**Результати.** За досліджуваний період, як в Україні, так і в Запорізькій обл. намітилася тенденція щодо зменшення захворюваності класичними венеричними захворюваннями, в той же час встановлено розбіжності між показниками захворюваності на сифіліс та гонорею по Україні та Запорізькій області. Викликають сумнів достовірність показників захворюваності на гонорею в Запорізькій області, так як вони в 2 рази нижче, ніж по Україні, а співвідношення між захворюваністю на сифіліс та гонорею становить 2:1 (по Україні 1:2).

**Висновки.** Отримані результати потребують подальшого аналізу в розрізі вікових і гендерних категорій населення, місця проживання, професії, факторів ризику і т.д. В державні програми боротьби з венеричними захворюваннями на регіональному рівні необхідно вносити корективи, орієнтуючись на вікові групи населення старше 40 років і проведення профілактичної роботи серед різних категорій громадян.

**Ключові слова:** сифіліс, гонорея, захворюваність, співвідношення сифіліс/гонорея.

### ВСТУП

Захворюваність на ІПСШ в нашій країні, включно зі СНІД, сягає майже 329,8 на 100 тис. Боротьба із цими хворобами належить до важливих напрямків діяльності органів охорони здоров'я так як вони є соціально-небезпечними і поширеними в світі. Проблему ВІЛ/СНІД не можна відокремлювати від проблем класичних венеричних захворювань – сифілісу, гонореї, так як в Західній Європі зареєстровано різке збільшення кількості зареєстрованих випадків інфікування сифілісом [1].

Понад у двічі збільшилась захворюваність на сифіліс в 2010-2014 рр. в Бельгії, Франції, Німеччині, Великій Британії, Ірландії, Норвегії, Португалії. Увага суспільства до проблеми венеричних хвороб зумовлена перш за все їх тяжкими наслідками для здоров'я хворого і впливом на нащадків. Щорічно венеричними хворобами інфікуються біля 90 млн людей: сифілісом 5,6 млн, гонореєю 78 млн [2, 3]. Протягом багатьох десятиліть головним маркером і люстратором венерологічної напруженості в світі був сифіліс, небезпечність якого є не тільки одним із показників рівня охорони здоров'я країн, його завжди визнавали моральним тягарем будь-якого суспільства [4].

Характерно, що захворюваність на сифіліс повсякчас мала хвилеподібний характер і була пов'язана з соціальними вибухами, війнами, економічними та іншими суспільними кризами. Кожному спалаху сифілітичної інфекції притаманні «свої» епідеміології і складнощами для приборкання епідемії.

Добре відома епідемія сифілісу в колишньому СРСР у повоєнний період: так, у 1945 р. рівень захворюваності становив 174,6 на 100 тис. населення, а вже через 10 років він знизився до 3,5. В Україні, починаючи від 1960-х років, захворюваність на сифіліс знову стала зростати, а вже в 1968-му знизилася і становила 2,8 на 100 тис. населення [5]. У наступні десятиріччя відповідний показник

захворюваності в Україні залишався на відносно низькому рівні з незначними коливаннями, зокрема, у 1989 р. він становив 4,1 на 100 тис. населення.

Від 1991 р. епідемія сифілісу повністю охопила всі країни колишнього СРСР, захворюваність у багатьох країнах пострадянського простору збільшилася в десятки і сотні разів. Зростання захворюваності на сифіліс у незалежній Україні розпочалося у 1994 р., коли інтенсивний показник досяг 69,0 випадків на 100 тис. населення, у 1996 р. – 150,8, а у 1997-му – 147,1. Підвищення захворюваності у ці роки спостерігалось практично в усіх регіонах України. Тобто захворюваність на сифіліс в Україні від 1989 до 1997 р. зроста порівняно з 1980-ми в 36 разів, наблизившись до рівня захворюваності в перший повоєнний рік. Таку епідеміологічну ситуацію із захворюваністю на сифілітичну інфекцію в Україні експерти ВООЗ та МОЗ України визнали як епідемію [6].

З 1997 року темпи зростання цього показника знизились в усіх регіонах України. Реєстрація хворих на сифіліс за цей період знизилась в 2017 році в 14 разів.

Рівень захворюваності на гонорею в Україні за цей період можна оцінити за рахунок співвідношення хворих на сифіліс/гонорею. Так, в 1997 році на одного хворого на сифіліс реєстрували 12,2 з гонореєю, а послідовні роки захворюваність на гонорею була нижчою ніж на сифіліс. На фоні росту таких захворювань, що передаються статевим шляхом, як трихомоніаз, хламідіоз, зниження захворюваності на сифіліс, гонорею в складний соціально-економічний період для України потребує детального аналізу, так як офіційні статистичні дані не відображають повною мірою реальний стан захворюваності на венеричні захворювання, як в Україні так і в регіоні [7, 8].

**Мета роботи** – оцінити динаміку та особливості показників захворюваності класичними венеричними захворюваннями (сифіліс, гонорея) в Україні та Запорізькій області.

**МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ**

В роботі використано дані державної та галузевої статистики за 2012-2017 рр., а також методи епідеміологічного аналізу, статистичний і графічний.

**РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ  
ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ**

Основним завданням впровадження програм по профілактиці ІПСШ є поліпшення ранньої їх діагностики та охоплення хворих належним лікуванням.

Статистичні показники дають можливість проаналізувати рівень регіональної захворюваності в порівнянні з показниками по Україні.

Встановлено, що показники захворюваності на сифіліс за досліджуваний період (2012–2017 рр.) по Україні зменшились з 11,70 в 2012 році до 6,50 на 100 тис. населення в 2017 році. По Запорізькій області

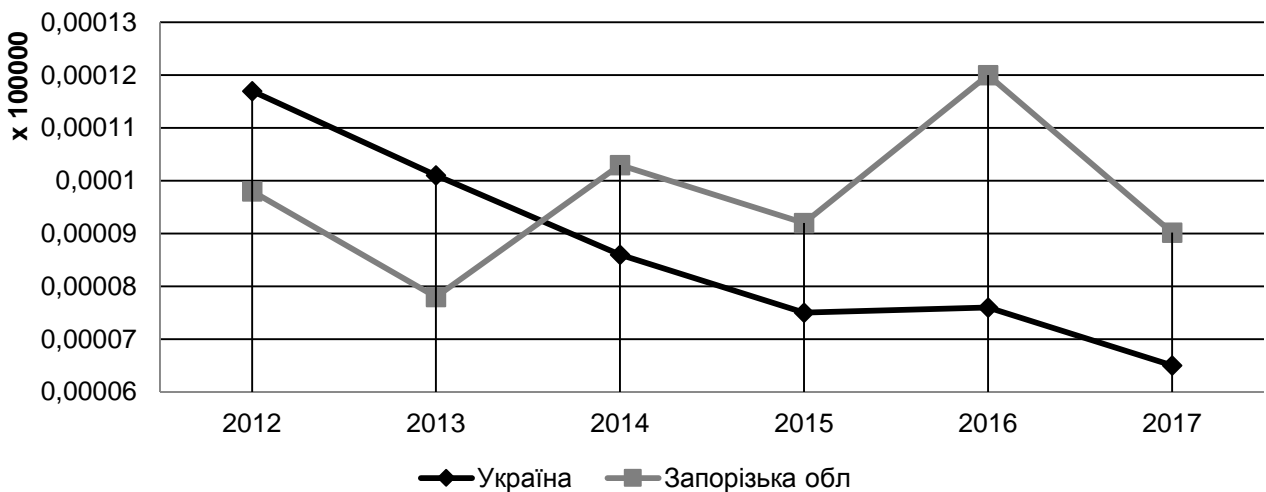
захворюваність на сифіліс за цей період залишається стабільною, але вищою за показники по Україні в 2017 році на 39 % (табл. 1).

При коливанні показника реєстрації сифілісу як по Україні від 11,7 на 100 тис. населення до 6,50, динаміка склала – 44,4%, по Запорізькій області всього – 8,0%. Найвищі показники захворюваності на сифіліс по області зареєстровані в 2012 та 2016 роках (рис. 1).

Про рівень захворюваності на гонорею в Україні до 2000 р. можна судити певного мірою хоча б за співвідношенням хворих на сифіліс/гонорею, яке становило в різні попередні роки 1:12, 1:15 і вище (до 1:30-40). Але це співвідношення різко упало від 1999 р., коливаючись з 2000 року від 0,58 до 1,79. Рівень захворюваності на гонорею у 2004 р. становив 40,8 на 100 тис. населення і був навіть нижчим, ніж показник захворюваності на сифіліс (48,7), що пояснюють «необ'єктивністю» звітних матеріалів [1]. Аналогічна ситуація склалася в період нашого дослідження (табл. 2).

Таблиця 1  
**Динаміка захворюваності на сифіліс  
в Україні та Запорізькій обл. (на 100 тис. нас. за 2012-2017 рр.)**

| Регіон             | 2012  | 2013  | 2014  | 2015 | 2016  | 2017 | +/-%  |
|--------------------|-------|-------|-------|------|-------|------|-------|
| Україна            | 11,70 | 10,10 | 8,60  | 7,50 | 7,60  | 6,50 | -44,4 |
| Запорізька область | 9,80  | 7,80  | 10,30 | 9,20 | 12,00 | 9,02 | -8,0  |



**Рис. 1.** Динаміка захворюваності на сифіліс в Україні та Запорізькій області (за 2012-2017 роки на 100 тис. населення)

Таблиця 2  
**Динаміка захворюваності на гонорею  
в Україні та Запорізькій області (на 100 тис. нас. за 2012-2017 рр.)**

| Регіон             | 2012  | 2013  | 2014  | 2015  | 2016  | 2017  | +/-%  |
|--------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Україна            | 19,50 | 18,00 | 14,40 | 13,40 | 12,50 | 11,30 | -42,1 |
| Запорізька область | 8,30  | 8,90  | 6,80  | 5,90  | 5,90  | 4,10  | -50,6 |

Показники захворюваності на гонорею по Запорізькій обл. значно нижчі ніж показники по Україні. Так, в 2017 р. показник захворюваності на гонорею в області становить 4,10, а по Україні 11,30, тобто менше ніж в 2,7 разу, що може

говорити про не виявлення контактів, та не об'єктивності статистичних даних. Зниження рівня захворюваності на гонорею безумовно пов'язане з порушенням реєстрації пацієнтів, які лікуються самостійно, або звертаються до

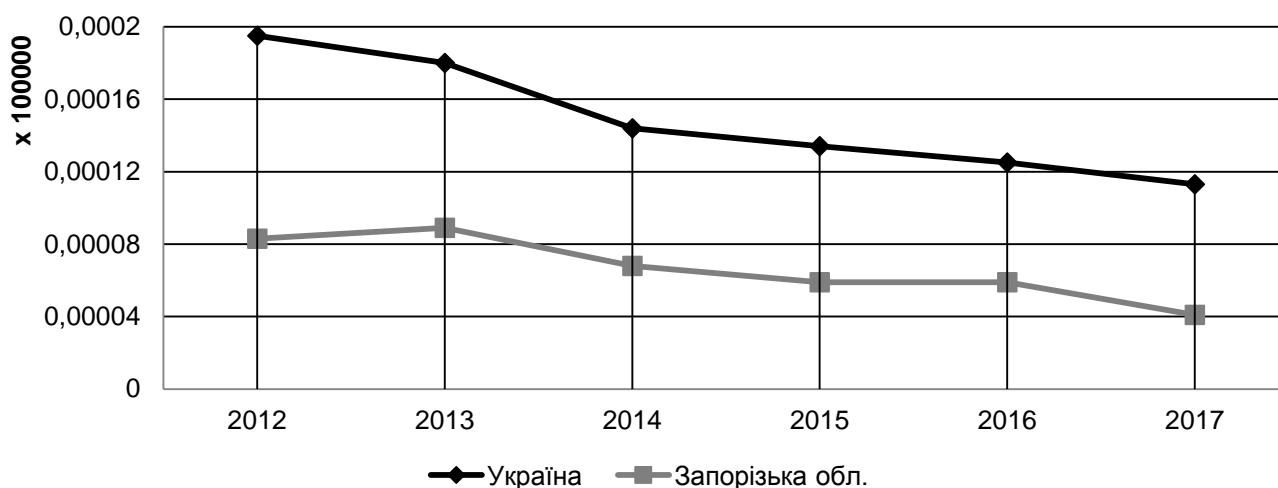
приватних лікарів. Поширенню практики самолікування сприяють реклама високоефективних засобів лікування цих інфекцій, вільний продаж антибактеріальних лікарських засобів і доступність в схем лікування. Реєстрація гонореї різко відрізняється в розрізі регіонів України, що може бути наслідком низького показника в'ялення контактів, який приводить до розриву епідеміологічного ланцюжка, унеможлиблює максимальне охоплення джерел зараження та статево-побутових контактів.

При показнику захворюваності на гонорею по Україні в 2012 р. 19,50 на 100 тис. населення, по Запорізькій області

він становив всього 8,30. А в 2017 р. при показнику по Україні 11,30, по області він становив лише 4,10, що ставить під сумнів достовірність статистичних даних (рис. 2).

Цікаві одержані дані щодо співвідношення хворих сифіліс/гонорея, яке в досліджуваний період має значні відмінності між показниками по Україні і області (табл. 3).

Так, по області показники співвідношення сифіліс/гонорея за весь період дослідження становив 2:1, 2,5:1. Це співвідношення різко піднялось в 2014 р. і було найвищим в 2016 і 2017 рр. (рис. 3).

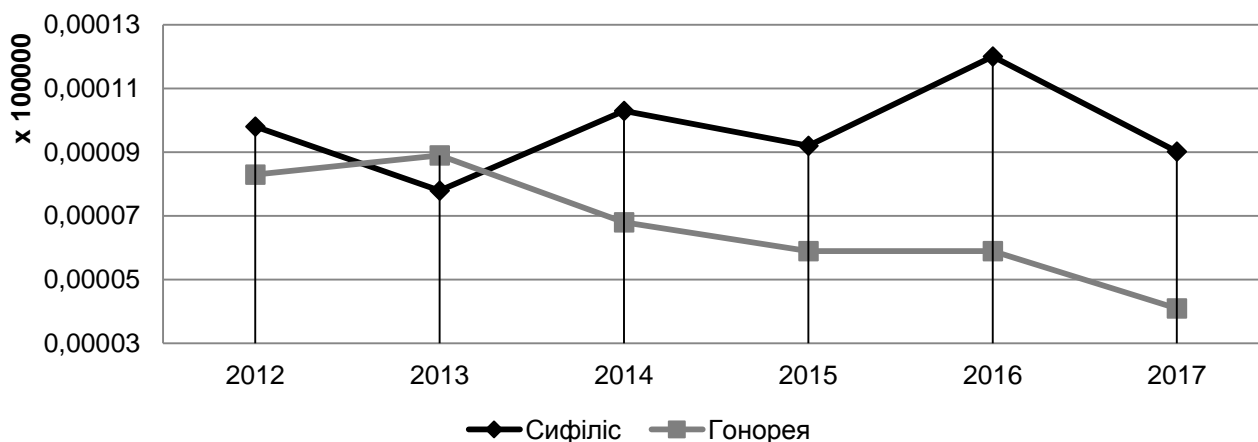


**Рис. 2.** Динаміка захворюваності на гонорею в Україні та Запорізькій області (за 2012-2017 роки на 100 тис. населення)

Таблиця 3

**Динаміка захворюваності на сифіліс та гонорею в Запорізькій області (на 100 тис. нас. за 2012-2017 рр.)**

| Нозологічна форма | 2012 | 2013 | 2014  | 2015 | 2016  | 2017 | +/-%  |
|-------------------|------|------|-------|------|-------|------|-------|
| Сифіліс           | 9,80 | 7,80 | 10,30 | 9,20 | 12,00 | 9,02 | -8,0  |
| Гонорея           | 8,30 | 8,90 | 6,80  | 5,90 | 5,90  | 4,10 | -50,6 |



**Рис. 3.** Співвідношення динаміки захворюваності на сифіліс і гонорею по Запорізькій обл. (за 2012-2017 рр.)



Якщо співвідношення сифіліс/гонорея в 2012-2017 роках по Запорізькій області було 2:1, 2,5:1, то по Україні це співвідношення становило 1:1,6 – 1:2, що більш

достовірніше, та відповідає епідеміологічній характеристиці венеричних захворювань (табл. 4).

Таблиця 4  
**Співвідношення динаміки захворюваності на сифіліс і гонорею по Україні (за 2012-2017 рр.)**

| Нозологічна форма | 2012  | 2013  | 2014  | 2015  | 2016  | 2017  | +/-%  |
|-------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Сифіліс           | 11,70 | 10,10 | 8,60  | 7,50  | 7,60  | 6,50  | -44,4 |
| Гонорея           | 19,50 | 18,00 | 14,40 | 13,40 | 12,50 | 11,30 | -42,0 |

### ВИСНОВКИ

Узагальнений аналіз епідеміологічних даних захворюваності класичними венеричними хворобами в Україні та Запорізькій області за період з 2012 по 2017 рр. показав, що стан захворюваності на сифіліс та гонорею стабілізувався і має тенденцію до зменшення, хоча продовжується реєструватися на високому епідеміологічному рівні.

Встановлено значні розбіжності між показниками захворюваності на сифіліс та гонорею по Україні та Запорізькій області, де сифіліс та гонорея реєструється значно менше.

Визивають сумнів достовірність показників захворюваності на гонорею по Запорізькій області, так як вони в 2 рази нижчі ніж по Україні, а співвідношення між захворюваністю на сифіліс і гонорею становить 2:1 (по Україні 1:2).

**Перспектива досліджень** полягає в тому, що з метою встановлення об'єктивних даних та розробки програм профілактики венеричних захворювань на регіональному рівні, одержані результати потребують подальшого аналізу в розрізі вікових та гендерних категорій населення, місця проживання, професії, факторів ризику і т.д.

### ЛІТЕРАТУРА

1. Кравченко В.Г. Аналітичний огляд рівня захворюваності на інфекції, що передаються статевим шляхом, у період 1945-2017 рр. та можливі перспективні заходи щодо зниження їхньої поширеності в Україні / В.Г. Кравченко, В.І. Степаненко // Український журнал дерматології венерології косметології. – 2018. – № 3 (70). – С. 15-21.
2. Інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ). – К. : ДУ «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України», 2017.
3. Клініко-епідеміологічні особливості сифілісу на сучасному етапі / Г.М.Бондаренко, С.В.Унучко, Т.В.Губенко, В.П.Матющенко // Дерматологія та венерологія. – 2014. – № 2 (64). – С. 65-70.
4. Короленко В.В. Аналіз епідеміологічної ситуації щодо сифілісу в країнах Європейського Союзу та Сполучених Штатах Америки як передумова створення системи державного управління соціально небезпечними інфекціями / В.В. Короленко // Український журнал дерматології венерології косметології. – 2016. – № 2 – С. 98-104.
5. Матеріали III з'їзду Української асоціації лікарів-дерматовенерологів і косметологів 22-23 листопада 2017 р., м. Львів // Український журнал дерматології, венерології, косметології. – Львів, 2017. – № 4 (67). – С. 6-13.
6. Степаненко В.І. Современная дерматовенерология претерпевает существенные изменения / В.І. Степаненко // Медична газета Здоров'я України. – 2015. – № 19 (368). – С. 40-41.
7. Нізова Н.М. Актуальні питання розвитку системи громадського здоров'я в Україні / Н.М. Нізова // Україна. Здоров'я нації. – 2017. – № 3 (44). – С. 12-13.
8. Ціборовський О.М. Здоров'я населення і фактори ризику, що впливають на його стан, як об'єкт управління (огляд літератури) / О.М. Ціборовський // Україна. Здоров'я нації. – 2015. – № 2 (34). – С. 13-18.

**Дата надходження рукопису до редакції: 27.09.2018 р.**

**Анализ заболеваемости венерическими болезнями в Украине и Запорожской обл. за 2012–2017 гг.**

З.В. Лашкул, Д.Г. Балашов

ГУ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины», г. Запорожье, Украина

**Цель** – оценить эффективность государственных программ борьбы с заболеваниями, что передаются половым путём.

**Материалы и методы.** Использованы данные государственной и отраслевой статистики в Украине и Запорожской области 2012-2017 г. А также методы эпидемиологического анализа, статистический и графического изображения.

**Результаты.** За исследуемый период, как в Украине, так и в Запорожской обл. наметилась тенденция по уменьшению заболеваемости классическими венерическими заболеваниями, в то же время установлены расхождения между показателями заболеваемости сифилисом и гонореей по Украине и Запорожской области. Вызывают сомнение достоверность показателей заболеваемости гонореей в Запорожской области, так как они в 2 раза ниже, чем по Украине, а соотношение между заболеваемостью сифилисом и гонореей составляет 2:1 (по Украине 1:2).

**Выводы.** Полученные результаты требуют дальнейшего анализа в разрезе возрастных и гендерных категорий населения, места жительства, профессии, факторов риска и т.д. В государственные программы борьбы с венерическими заболеваниями на региональном уровне необходимо вносить коррективы, ориентируясь на возрастные группы населения старше 40 лет и проведения профилактической работы среди разных категорий граждан.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** сифилис, гонорея, заболеваемость, соотношение сифилис/гонорея.

**Analysis of the morbidity of venereal diseases in Ukraine and Zaporozhya region for 2012–2017**

Z.V. Lashkul, D.G. Balashov

State Institution “Zaporozhe Medical Academy of Post-Graduate Education Ministry of Health of Ukraine”, Zaporozhe, Ukraine

**Purpose** – evaluate the effectiveness of government programs to combat diseases that are sexually transmitted

**Materials and methods.** The data of state and sectoral statistics in Ukraine and Zaporizhzhya region 2012-2017 were used. As well as methods of epidemiological analysis, statistical and graphic images.

**Results.** During the study period, both in Ukraine and in the Zaporozhye region. there has been a tendency to reduce the incidence of classic sexually transmitted diseases, at the same time, there are discrepancies between the incidence rates of syphilis and gonorrhoea in Ukraine and Zaporizhzhya region. The reliability of the incidence rates of gonorrhoea in the Zaporozhye region is doubtful, since they are 2 times lower than in Ukraine, and the ratio between the incidence of syphilis and gonorrhoea is 2:1 (in Ukraine 1:2).

**Conclusion.** The obtained results require further analysis in the context of age and gender categories of the population, place of residence, profession, risk factors, etc. State programs to combat sexually transmitted diseases at the regional level need to be adjusted, focusing on age groups older than 40 years and carrying out preventive work among different categories of citizens.

**KEY WORDS:** syphilis, gonorrhoea, incidence, syphilis/gonorrhoea ratio.

**ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ**

**Лашкул Зінаїда Василівна** – зав. кафедри соціальної медицини, організації і управління охороною здоров'я, ДЗ «ЗМАПО МОЗ України», д.мед.н., доцент, Заслужений лікар України; 69069 м. Запоріжжя, бульвар Вінтера, 20.

**Балашов Дмитро Германович** – заступник головного лікаря з поліклінічної та організаційно-методичної роботи ДЗ «Запорізький обласний шкірно-венерологічний клінічний диспансер», аспірант кафедри; 69069 м. Запоріжжя, бульвар Вінтера, 20.

**Окремі аспекти впливу системи громадського здоров'я на якість життя особи****ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м.Ужгород, Україна**

**Мета** – провести аналіз окремих аспектів впливу системи громадського здоров'я на компоненти якості життя людини, які прямо не пов'язані з питаннями стану її здоров'я.

**Матеріали та методи.** Для досягнення поставленої мети використовувався бібліосемантичний метод дослідження з послідовним проведенням структурно-логічного та контент-аналізу доступної наукової і методичної літератури, міжнародної рекомендаційної бази, нормативно-правових актів України.

**Результати.** Системи оцінки якості життя передбачають визначення цілої низки показників, серед яких є і показники стану здоров'я населення і показники рівня свобод і дотримання громадянських прав людини. Визначено питання системи громадського здоров'я, які є чутливими з точки зору обґрунтованого обмеження свобод особи заради суспільного блага.

**Висновки.** Ефективна система громадського здоров'я в значній мірі позитивно впливає на якість життя населення в сфері показників здоров'я населення. Але в питанні впровадження державної політики в сфері громадського здоров'я необхідно віднаходити баланс між всезагальним добром та громадянськими свободами окремої людини. Рівень обмеження прав і свобод окремої людини задля збереження здоров'я населення на рівні державної політики залежить в тому числі і від філософських цінностей, які лежать в основі поглядів і рішень осіб, які формують політику в усіх сферах життя держави.

**Ключові слова:** якість життя, система громадського здоров'я, державна політика.

**ВСТУП**

Не зважаючи на велику кількість різних трактувань основних термінів, які використовуються в питаннях громадського здоров'я [1-6], усі ці трактування мають, зокрема одне основоположне спільне твердження. Так, виходячи з самого визначення понять «громадське здоров'я», «система громадського здоров'я» та «охорона громадського здоров'я» їх основною функцією є зміцнення здоров'я, запобігання хворобам та збільшення тривалості життя людей. Зважаючи на те, що якість життя людини нерозривно зв'язана зі станом її здоров'я, основні завдання системи громадського здоров'я направлені саме на підвищення якості життя людини в соціумі. Дійсно, у медицині якість життя прямо пов'язана з дефініцією здоров'я і передбачає комплексне оцінювання фізичного, психічного і суспільного благополуччя [7]. В той же час, узагальнюючи різні трактування якості життя, науковці виокремлюють три основні типи визначень: глобальні, компонентні і вузькі [8]. Згідно глобальному визначенню, якість життя визначається як ступінь задоволення матеріальних, культурних і духовних потреб людини. Компонентні визначення підкреслюють багатовимірну природу цього поняття і відокремлюють різні виміри якості життя (як об'єктивні, так і суб'єктивні). Третій підхід (вузький) до визначення якості життя передбачає вибір лише однієї чи двох категорій, та передбачає відображення специфічного змісту різних сфер [9]. Так, психологи найчастіше характеризують якість життя за показниками психічного благополуччя і почуття щастя; соціологи підкреслюють зв'язки якості життя із системою цінностей, суб'єктивним оцінюванням життя та його умов; економісти характеризують якість життя, головним чином, у контексті рівня та умов життя населення, а також суб'єктивним оцінюванням цих показників членами

досліджуваної спільноти; у правовому відношенні якість життя є реалізацією права на гідне життя і вільний розвиток людини [9, 10]. Отже, якщо розглядати поняття якості життя людини – як комплексне поняття, яке в порівнянні в просторі і часі формі відображає ступінь задоволення матеріальних, культурних і духовних потреб людини, що оцінюється як за рівнем задоволеності людиною своїм життям за її власною суб'єктивною самооцінкою, так і вимірюване компетентними та інформованими спеціалістами за набором об'єктивних показників [11], можна припустити, що заходи, які підвищують рівень задоволеності одного показника (складової) якості життя людини, можуть в той же час негативно впливати на рівень задоволеності іншого. Це питання особливо актуальне в тих діях і заходах, направлених на покращення якості життя населення і окремої людини, які здійснює держава. Зважаючи на те, що система громадського здоров'я це органи державної влади, органи місцевого самоврядування, фізичні та юридичні особи, які здійснюють процедури та заходи, спрямовані на зміцнення здоров'я населення, запобігання хворобам та збільшення тривалості життя [1], важливим є питання впливу даної системи на окремі аспекти якості життя людини, які не пов'язані безпосередньо з поняттям її стану здоров'я.

**Мета роботи** – провести аналіз окремих аспектів впливу системи громадського здоров'я на компоненти якості життя людини, які прямо не пов'язані з питаннями стану її здоров'я.

**МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ**

Для досягнення поставленої мети використовувався бібліосемантичний метод дослідження з послідовним проведенням структурно-логічного та контент-аналізу доступної наукової і методичної

літератури, міжнародної рекомендаційної бази, нормативно-правових актів України, що стосуються питань якості життя людини, забезпечення збереження здоров'я людини в сучасних умовах, прав і свобод особи та громадянина України.

### **РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ**

Зважаючи на мету дослідження робота була сконцентрована над аналізом компонентних методик визначення якості життя, які об'єднують у собі оцінку визначених показників із різних сфер життя людини. Звичайно, перелік сфер життя населення, показники яких враховуються у подібних оцінках якості життя дуже широкий. Так, на сьогодні в нашій країні в оцінці якості життя населення використовують три блоки (стан, поточне становище та суб'єктивна оцінка) у чотирьох середовищах: 1. Природне середовище (екологія, екологічна ситуація, оцінка екологічної ситуації); 2. Соціальне середовище (здоров'я, освіта, безпека, культура, житло, транспорт); 3. Економічне середовище (стан економіки, добробут, ринок праці, зайнятість, безробіття); 4. Суспільно-політичне середовище (громадянська активність, суспільно-політична ситуація, суспільне середовище) [12]. Наше дослідження було присвячено лише окремому аспекту – впливу системи громадського здоров'я як одного із основних механізмів підвищення якості життя людини через компонент збереження та покращення здоров'я населення на інший компонент якості життя – збереження та можливість реалізації свобод та прав окремої особи. Саме рівень і показник міри соціальних свобод особи визначено одним із основних показників якості життя в Енциклопедії державного управління: «якість життя – комплексна інтегральна характеристика становища людини в різних соціальних системах і структурах, показник міри її соціальних свобод і можливостей для всебічного розвитку, задоволення матеріальних і нематеріальних (у тому числі духовних) потреб» [13].

На першому етапі дослідження нами було проведено аналіз існуючих, найбільш популярних міжнародних систем оцінювання якості життя. На думку науковців, наразі державними та приватними установами розроблено більше 150 композитних індикаторів добробуту для оцінки ефективності діяльності урядів різних країн в економічній, соціальній та екологічній сфері на міжнародному рівні. Існує більше сотні ініціатив щодо використання показників якості життя у процесі прийняття рішень на національному й місцевому рівні [9]. В той же час, спеціалісти Інституту демографії та соціальних досліджень імені М.В. Птухи НАН України серед них виділяють 6 найбільш вживаних у світі міжнародних систем оцінювання якості життя: загально-методологічна концепція стандартів і якості життя; Індекс якості життя EIU; Методологія ЄС European Statistical System Committee; Індекс якості життя International Living; Європейський моніторинг якості життя та Better Life Initiative [9]. Нами було проаналізовано наявність серед індикаторів, які використовуються в цих системах оцінки показників, що характеризують з однієї сторони здоров'я населення, з іншої – рівень свобод і прав особи. В усіх вищевказаних

системах в тій чи іншій мірі наявні індикатори з обох вказаних сфер життя людини. В одній із найбільш популярних методологій – Індекс якості життя International Living, яка використовується у 190 країнах світу оцінкам показників здоров'я населення і свобод людини присвячено окремі блоки показників.

На другому етапі було проведено аналіз сфер реалізації державної політики в системі громадського здоров'я, які є чутливим з точки зору можливого впливу на свободи та можливість реалізації прав особи. Саме поняття державної політики визначають як систему дій, регулятивних заходів, законів, і фінансових пріоритетів з того чи іншого напрямку, проголошену органом державної влади або його представниками. Державна (публічна) політика зазвичай втілюється в «конституціях, законодавчих актах і судових рішеннях» [14]. В Конституції України в розділі II визначено і права, свободи і обов'язки людини і громадянина, у статті 22 цього розділу вказано: «Конституційні права і свободи гарантуються і не можуть бути скасовані». В той же час, Конституція України конкретизує в окремих статтях і положення, коли права і свободи можуть обмежуватися з метою, зокрема і забезпечення охорони здоров'я й моральності населення, захисту репутації або прав і свобод інших людей [15]. Отже, обмеження прав і свобод особи державою з метою забезпечення охорони здоров'я є можливим і врегульовано законодавчо. З цього виникає основоположна дилема в охороні громадського здоров'я – вигоди суспільства чи вигоди (свободи) конкретної людини.

Аналізуючи оперативні функції громадського здоров'я [16] можна виділити основні питання у сфері охорони громадського здоров'я, що можуть і, зазвичай, обмежують свободи та, інколи, і права людини:

1. Карантинізація;
2. Вакцинація;
3. Відслідковування контактів при ІПШШ;
4. Поміщення у спеціалізовані заклади у зв'язку з порушеннями психічного здоров'я;
5. Право на аборт та використання контрацептивів;
6. Біотероризм та громадські свободи.

Це далеко не повний перелік, але досить суттєвий. І в розрізі цього виникає питання: в якій мірі держава може обмежувати свободи і можливості реалізації прав особи для досягнення суспільного блага у сфері збереження і покращення здоров'я населення?

Так, розглядаючи питання вакцинації від керованих інфекційних захворювань необхідно визнати, що це одне із найбільших досягнень системи громадського здоров'я за останні століття. Так, завдяки програмам загальної вакцинації населення людству вдалося забезпечити викорінення віспи, ліквідацію поліомієліту у країнах Північної та Південної Америки, а також контроль над кором, краснухою, правцем та дифтерією у багатьох регіонах світу. Зокрема, Центр громадського здоров'я МОЗ України виділяє наступні досягнення вакцинації у світовому масштабі [17]. Щороку завдяки щепленням у світі вдається зберегти 2,5 млн дитячих життів. Ось декілька фактів про досягнення вакцинації:

- завдяки вакцинації людство перемогло натуральну віспу;
- захворюваність на поліомієліт знизилася на 99%, ще трохи й людство назавжди знищить цю страшну хворобу;

- знизився рівень захворюваності на правець, дифтерію, кашлюк, краснуху, захворюваність менінгітами, раком печінки;

- глобальна смертність від кору знизилася на 75%;

- знизилася щорічна смертність від правця новонароджених більш ніж у 13 разів.

В той же час, ще з часів Едварда Дженнера і перших досліджень щодо вакцинації від натуральної віспи залишається питання ризику окремої людини на протипагу блага широкого загалу. Ще у 1905 році Суддя Джон Маршал в історичній справі, розглянутій Верховним судом Сполучених Штатів Америки, – Джейкобсон проти штату Массачусеттс (по питанню вакцинації) – щодо балансу між всезагальним добром та громадянськими свободами окремої людини сказав: «усі люди вступають у домовленість із кожним громадянином, а також кожний громадянин вступає у домовленість з усіма людьми, згідно з якою усі будуть дотримуватися певних правил задля «загального добра». І сьогодні, питання обмеження свобод і прав окремої людини заради захисту населення від інфекційних захворювань залишається актуальним. Так, згідно статті 15. «Запобігання інфекційним захворюванням у дитячих закладах» Закону України «Про захист населення від інфекційних хвороб» дітям, які не отримали профілактичних щеплень згідно з календарем щеплень, відвідування дитячих закладів не дозволяється [18]. Якщо розглядати питання вакцинації виключно з точки зору громадського здоров'я і підвищення якості життя в розділі показників здоров'я населення, то впровадження в країні органами державної влади примусової поголовної вакцинації населення є обґрунтованим. В той же час, такі дії держави може значно знизити якість життя населення в розділі дотримання прав і свобод людини. І навпаки, виключення регуляторного впливу держави в цьому питанні може призвести до епідемій з значними негативними наслідками для усіх громадян. Тому в питаннях обмежень свобод окремих громадян задля збереження здоров'я населення необхідно знаходити баланс, який в значній мірі залежить від філософських цінностей, які лежать в основі поглядів і рішень осіб, які формують політику в усіх сферах життя держави.

Науковці в галузі філософії виділяють три філософські концепції, які лежать в основі певних

політичних рішень в політиці охорони громадського здоров'я – утилітаризм, лібералізм та комунітаризм [19]. Так, для прихильників утилітаризму важлива турбота про ефективність (нерівність є прийнятною, якщо вона є ефективною); ліберали в основу своєї політичної платформи закладають повагу до прав людини та прагнення досягти рівності (ефективність вторинна), а комунітаристи – можуть не поцінювати рівність та ефективність, якщо вони суперечать чеснотам і цінностями громади. Отже державна політика в кожній країні в сфері громадського здоров'я в значній мірі залежить від філософських поглядів осіб, що приймають рішення.

### **ВИСНОВКИ**

1. Ефективна система громадського здоров'я в значній мірі позитивно впливає на якість життя населення в сфері показників здоров'я населення.

2. Державна політика в сфері громадського здоров'я може призводити до обмеження прав і свобод окремих громадян задля суспільного блага. Але в питанні її впровадження необхідно віднаходити баланс між всезагальним добром та громадянськими свободами окремої людини.

3. Рівень обмеження прав і свобод окремої людини задля збереження здоров'я населення на рівні державної політики залежить в тому числі і від філософських цінностей, які лежать в основі поглядів і рішень осіб, які формують політику в усіх сферах життя держави.

### **ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ**

Питання обмеження свобод і можливості реалізації прав задля збереження здоров'я інших людей і населення взагалі впливає на якість життя людей в значній мірі в залежності від рівня усвідомлення громадянами необхідності таких обмежень. Тому є необхідність вивчення питання відношення представників різних прошарків населення України до питання допустимості і ступеню можливого обмеження свобод громадянина задля суспільного блага в сфері охорони здоров'я.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Проект Закону України «Про систему громадського здоров'я» [Електронний ресурс]. – МОЗ України, 2018. – Режим доступу: [http://moz.gov.ua/uploads/1/5636-pro\\_20180620\\_1.pdf](http://moz.gov.ua/uploads/1/5636-pro_20180620_1.pdf). – Назва з екрану.
2. Глоссарий по укреплению систем здравоохранения [Электронный ресурс]. – Женева: ВОЗ, 2013. – Режим доступу: [http://www.who.int/healthsystems/hss\\_glossary/en/index6.html](http://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/index6.html). – Название с экрана.
3. Глоссарий руководства для составителей Кокрановских обзоров // Український медичний часопис. – 2001. – Т. I/II, № 1 (21). – С. 115–135.
4. Глоссарий терминов по вопросам укрепления здоровья [Электронный ресурс]. – Женева : ВОЗ, 1998. – Режим доступу: [http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO\\_HPR\\_NEP\\_98.1\\_rus.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_HPR_NEP_98.1_rus.pdf). – Название с экрана.
5. Глоссарий терминов, используемых в серии «Здоровье для всех». – Женева: ВОЗ, 1984. – № 1–8. – 42 с.
6. Слабкий Г.О. Основні терміни, які вживаються у сфері громадського здоров'я / Г.О. Слабкий, В.І. Миронюк, Л.О. Качала, О.М. Ратаніна // Україна. Здоров'я нації. – 2017. – №3 (44). – С. 235–245.
7. Новик А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. Ионова. – СПб. : ОЛМА Медиа Групп, 2007. – 315 с.
8. Farquhar M. Quality of life in older people // Advances in Medical Sociology. – 1994. – № 5. – С.139–158.
9. Вимірювання якості життя в Україні. Аналітична доповідь / Е.М. Лібанова, О.М. Гладун, Л.С. Лісогор та ін. – К., 2013. – 48 с.
10. Приступа Є. Якість життя людини: категорії, компоненти та їх вимірювання. / Є. Приступа, Н. Куриш // Фізична активність, здоров'я і спорт. – 2010. – № 2. – С. 54–63.
11. Ткачев А. Н. Качество жизни населения как интегральный критерий оценки эффективности деятельности региональной администрации / А. Н. Ткачев, Е. В. Луценко // Политематический сетевой электронный научный журнал Кубанского государственного аграрного университета. – 2004. – № 4. – С. 171–185.
12. Дорошенко Ю. О. Критеріально-факторне оцінювання якості життя людини / Ю. О. Дорошенко, О. О. Степанюк // Вісник Державної академії житлово-комунального господарства. – 2009. – № 2. – С. 10–30.
13. Енциклопедія державного управління: у 8 т. / Нац. акад. держ. упр. при Президенті України ; наук.-ред. колегія : Ю. В. Ковбасюк (голова) та ін. – К. : НАДУ, 2011. Т. 1: Теорія державного управління / наук.-ред. колегія : В. М. Князев (співголова), І. В. Розпутенко (співголова) та ін. – 2011. – 748 с.
14. О. Дем'янчук. Політика владна // Політична енциклопедія. Редкол.: Ю. Левенець (голова), Ю. Шаповал (заст. голови) та ін. – К.: Парламентське видавництво, 2011. – 568 с.
15. Фігель О.Ю. Теоретичні аспекти обмеження прав людини [Електронний ресурс]. – Lviv Polytechnic National University Institutional Repository, 2016. – Режим доступу: <http://ena.lp.edu.ua/bitstream/ntb/32997/1/58-357-361.pdf>. – Назва з екрану.
16. Слабкий Г.О. Система громадського здоров'я: бачення Всесвітньої організації охорони здоров'я. Основні оперативні функції громадського здоров'я та їх зміст / Г.О. Слабкий, В.І. Миронюк, Л.О. Качала // Україна. Здоров'я нації. – 2017. – №3 (44). – С. 24–31.
17. Досягнення вакцинації [Електронний ресурс]. – Центр громадського здоров'я МОЗ України, 2018. – Режим доступу: <https://phc.org.ua/pages/diseases/immunization/about-immunization>. – Назва з екрану.
18. Про захист населення від інфекційних хвороб: Закон України від 6 квітня 2000 року N 1645-III [Електронний ресурс]. – Законодавство України. – Режим доступу: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1645-14>. – Назва з екрану.
19. Семигіна Т. Політика охорони громадського здоров'я: погляд на практику крізь призму філософських ідей [Електронний ресурс]. – Електронний архів Національного університету "Києво-Могилянська академія". – Режим доступу: [http://ekmair.ukma.edu.ua/bitstream/handle/123456789/804/Semyhina\\_Polityka%20okhorony%20hromadskoho.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://ekmair.ukma.edu.ua/bitstream/handle/123456789/804/Semyhina_Polityka%20okhorony%20hromadskoho.pdf?sequence=1&isAllowed=y). – Назва з екрану.

*Дата надходження рукопису до редакції: 05.09.2018 р.*

**Отдельные аспекты влияния системы общественного здоровья на качество жизни личности**

Миронюк И.С., Слабкий Г.А.  
ГВУЗ «Ужгородский национальный университет»,  
г. Ужгород, Украина

**Цель** – провести анализ отдельных аспектов влияния системы общественного здоровья на компоненты качества жизни человека, которые прямо не связаны с вопросами состояния его здоровья.

**Материалы и методы.** Для достижения поставленной цели использовался библиосемантический метод исследования с последующим проведением структурно-логического и контент-анализа доступной научной и методической литературы, международной рекомендательной базы, нормативно-правовых актов Украины.

**Результаты.** Системы оценки качества жизни предусматривают определение целого ряда показателей, среди которых есть и показатели состояния здоровья населения и показатели уровня свобод и соблюдения гражданских прав человека. Определены вопросы системы общественного здоровья, которые являются чувствительными с точки зрения обоснованного ограничения свобод личности ради общественного блага.

**Выводы.** Эффективная система общественного здоровья в значительной степени положительно влияет на качество жизни населения в сфере показателей здоровья населения. Но в вопросе внедрения государственной политики в сфере общественного здоровья необходимо находить баланс между всеобщим добром и гражданскими свободами отдельного человека. Уровень ограничения прав и свобод отдельного человека для сохранения здоровья населения на уровне государственной политики зависит в том числе и от философских ценностей, которые лежат в основе взглядов и решений лиц, формирующих политику во всех сферах жизни государства.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** качество жизни, система общественного здоровья, государственная политика.

**Special aspects of public health system upon the person's quality of life**

Mironyuk I.S., Slabkiy G.O.  
SHEI "Uzhhorod National University", Uzhhorod, Ukraine

**Goal of research** – to analyze the special aspects of the influence of public health system upon the quality of life components that are not directly related to the problems of the state of health.

**Materials and methods.** To achieve the goal of study biblio-semantic method of research was applied followed by a structural-and-logical and content analysis of available scientific and methodological literature, the international recommendations and normative-and-legal acts of Ukraine.

**Results.** Quality of life assessment system provide for the definition of the whole range of indicators, including the indicators of the state of population health and levels of liberties and the observance of human rights. Public health system issues that are sensitive from the point of view of the reasonable limitation of liberties for the sake of the public wellbeing are identified.

**Conclusions.** An effective public health system mostly positively affects the quality of population life in the sphere of health indicators. But in the matter of the State policy implementation in the sphere of public health it is necessary to find the balance between the universal good and civil liberties of the individual. The level of restriction of the rights and liberties of the individual to preserve the health of population on the level of State policy depends among the others on philosophical values that underlie the views and decisions of policy-makers in all spheres of State life.

**KEY WORDS:** quality of life, public health system, State policy.

**ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ**

**Миронюк Іван Святославович** – д.мед.н., доцент, декан факультету здоров'я та фізичного виховання УжНУ, пл. Народна, 3, м. Ужгород, 88000, Україна.

**Слабкий Геннадій Олексійович** – д.мед.н., професор, завідувач кафедри громадського здоров'я УжНУ, пл. Народна, 3, м. Ужгород, 88000, Україна.

## Удосконалена регіональна модель профілактики шкільного травматизму

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, м. Київ, Україна  
Кіровоградський медичний коледж ім. Є.Й. Мухіна, м. Кропивницький, Україна

**Мета.** Розробити регіональну модель профілактики шкільного травматизму на основі здоров'язбержувальних навчальних технологій з використанням міждисциплінарного підходу із створенням стійкої мотивації щодо безпечної поведінки.

**Матеріали та методи.** Робота базується на отриманих результатах попередніх досліджень щодо динаміки шкільного травматизму в регіоні в загальноукраїнському аспекті, дані паралельного опитування (учнів, вчителів, батьків), за спеціально розробленою анкетною відносно готовності до формування безпечної поведінки. Використано системний підхід, аналітико-синтетичний, порівняльний аналізи, описове моделювання.

**Результати.** Запропонована модель профілактики шкільного травматизму містить шість блоків: управлінський, концептуальний, наукового регулювання, змістовний, технологічний, діагностувально-результативний; має наступні складові: цільову, мотиваційну, інформаційно-пізнавальну, контрольну-оцінну, рефлексивну. Послідовність реалізації передбачає спонукальний, пізнавальний операційний етапи.

**Висновки.** Удосконалена модель забезпечує особистісно орієнтовану технологію формування здоров'язбержувальної поведінки у школярів. Перевагою її є системність, комплексність, економічність.

**Ключові слова:** модель, профілактика, шкільний травматизм.

### ВСТУП

Здоров'я дитячого населення є одним із основних пріоритетів соціальної цінності. Його значимість обумовлюється тим, що саме діти та підлітки представляють собою найближчий інтелектуальний, економічний, соціальний, політичний, культурний та репродуктивний резерв суспільства [6, 9, 15]. Разом з тим, аналіз інформаційних ресурсів свідчить, що в зв'язку з високою пластичністю та чутливістю дитячого організму він представляє головну мішень несприятливих дій і впливів оточуючого середовища на формування здоров'я даного контингенту, в результаті чого в країні спостерігаються суттєві негативні зміни його стану [4, 7].

Занепокоєння і тривогу викликають зростання дитячого травматизму. За результатами статистичних показників в структурі первинної захворюваності він займає IV місце [5, 16, 22]. У «Всемирном докладі ВОЗ і ЮНІСЕФ по профілактике детского травматизма» приводяться відомості що внаслідок нещасних випадків щодобово у всесвіті гине 227 дітей [1, 14]. При тому, що більшість публікацій присвячено дорожньо-транспортному, на цей вид травм в структурі травматизму припадає лише 3–6%, тоді як на побутові, вуличні та шкільні разом приходиться 80–86%, що співпадає з даними по Україні [2, 13].

Так, тільки за п'ять років (2007–2011рр.) в Україні рівень первинної захворюваності серед дітей 7–14 років став більшим на 12,6% до 1348,9‰, а в її структурі II місце після хвороб органів дихання займають травми і отруєння, серед підлітків – на 18,0% до 12189,9 (на 10 тис.) і III місце відповідно [3]. Як видно, вікові групи співпадають із навчанням в школі, що підтверджує надзвичайну актуальність питання здоров'я учнів. За таких умов важливими є дані, що під час навчально-виховного процесу чи інших заходів, на які приходиться до 70% часу

дітей, 0,2% від загальної кількості учнівської молоді отримує травми [7, 21]. Аналіз їх причин свідчить, що більшість з них можливо було б уникнути за умов безпечної поведінки, адже специфічних шкільних травм не відмічено.

Таким чином, набуває особливої актуальності одне із найголовніших проблемних питань охорони здоров'я України – збереження та зміцнення здоров'я дитячого населення на основі формування культури здоров'я, до якої входить безпечна поведінка. Їх вирішення вимагає роботи щодо пропаганди, виховання, обізнаності, освітньої діяльності [6, 11]. Практика їх втілення, як наголошується в більшості публікацій, можлива при комплексній цілеспрямованій системній діяльності усіх владних, суспільних структур на міждисциплінарному рівні із залученням медичних, педагогічних працівників, членів родини [10]. Зазначене свідчить про перспективність дослідження, спрямованого на реалізацію сучасних підходів до попередження дитячого травматизму.

**Мета роботи** – розробити регіональну модель профілактики шкільного травматизму на основі здоров'язберігаючих навчальних технологій при використанні міждисциплінарного підходу із створенням стійкої мотивації щодо безпечної поведінки.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Розробка удосконаленої моделі профілактики шкільного травматизму на регіональному рівні потребувала базових даних. Передусім, вони стосувалися особливостей динаміки його захворюваності та структури в Кіровоградській області, що була обрана за базу дослідження, як типова для більшості адміністративних територій. Результати аналізу відповідних офіційних статистичних матеріалів за 15 років в порівняльному аспекті із загальноукраїнськими підтвердили зростання шкільного травматизму. Вони знайшли відображення в



авторських публікаціях [1, 2, 14]. Наступна складова дослідження потребувала вивчення відношення школярів до здоров'язбережувальної поведінки, виявлення рівня підготовки до його формування, що вимагає інтеграції когнітивно-мотиваційного, емоційного та комунікативно-вольового компонентів. Наголосимо, що рівноцінне значення мала подібна інформація від найближчого оточуючого середовища (вчителів, батьків). Отримання необхідних даних забезпечувалось результатами соціологічного дослідження за спеціально розробленою програмою. Паралельному опитуванню піддавались учні початкових, середніх та старших класів, вчителі, батьки; враховувались рівні навчальних закладів. Матеріали дослідження опубліковані [11-13]. Крім того, при створенні моделі залучався світовий вітчизняний досвід, наукові розробки з даного питання, що містяться в інформаційних ресурсах.

В роботі застосовано системний підхід, бібліо-семантичний, аналітико-синтетичний, компаративний аналізи, описове моделювання.

### **РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ**

Базовою основою створення удосконаленої моделі профілактики шкільного травматизму були: державна політика щодо здоров'я дитячого населення України [8, 17-20]; особливості рівня захворюваності в регіоні; результати комплексного анкетування (учнів, вчителів, батьків) щодо готовності та можливості забезпечення безпечної поведінки школярів; власний досвід медико-педагогічного взаємодії; дані літератури.

Стратегія запропонованої моделі полягає у запобіганні шкільного травматизму із формуванням здоров'язбережувальної поведінки на інтеграційному, міждисциплінарному, міжгалузевому, міжсекторальному принципах управління і об'єднаних спільною метою.

Тактика – в реалізації ціннісного ставлення учнів до власного здоров'я за цільово-мотиваційним, інформаційно-змістовним, організаційно-діяльним та оцінно-результативним компонентами.

Основою запропонованої моделі (рис.) є: особистісно орієнтована технологія формування здоров'язбережувальної поведінки у школярів, за якою реалізуються розвивальна, виховна, пізнавальна, інтеріоризаційна, інтерактивна, оцінна, інноваційна функції. Вона містить наступні складові: цільова, мотиваційна, інформаційно-пізнавальна, контрольна-оцінна, рефлексивна.

Реалізація її передбачає послідовність етапів: спонукальний, пізнавальний, операційний. Спонукальний етап технології спрямований на формування стійкої мотивації до здорового способу життя, емоційно-позитивного ставлення до власного здоров'я і усвідомлення відповідальності не тільки за своє але й здоров'я оточуючих. Це технології нововведень продукування нових способів мислення, ситуаційності, творчих підходів, відкритості і гнучкості цілей. Практичне здійснення потребує залучення психологів, лікарів різних за спеціальністю, фахівців суміжних професій –

поліцейських, тощо. Важливим елементом при цьому є дотримання нормативно-правових документів з питань охорони здоров'я та освіти.

Пізнавальний етап технології – оволодіння учнями знаннями в галузі здоров'язбереження через адекватну кваліфіковану інформованість, обізнаність з правилами поведінки, здатність до валеологічного мислення. Основою етапу є ефективне використання змісту навчального матеріалу, як способу передачі знань, залежно від рівня сформованості культури здоров'я й вікових особливостей учнів. Власно робота спрямована на самоактуалізацію, самовиховання, саморозвиток, самовдосконалення у сфері здорового способу життя.

Операційний етап реалізації технології формування культури здоров'я учнів містить практичне втілення компетентностей щодо уміння і навичок дотримання норм і цінностей здорового способу життя.

Структура моделі містить шість блоків: управлінський, концептуальний, наукового регулювання, змістовний, технологічний, діагностувально-результативний. Кожен з них має своє наповнення, вирішує необхідну частину завдань загального процесу по формуванню безпечної поведінки, як основи профілактики шкільного травматизму.

До управлінської складової входять департамент охорони здоров'я (ДОЗ), Управління освіти, науки, молоді та спорту (УОНМС), Служба у справах дітей (ССД), Управління соціального захисту населення (УСЗН), які підпорядковуються Кіровоградській обласній державній адміністрації (ОДА). До них також залучені Управління патрульної поліції Національної поліції України (УПП) та Департамент служби надзвичайних ситуацій (ДСНС) області. За їхньою участю обговорюється, затверджується програма по забезпеченню безпечної поведінки, із залученням, при необхідності, представників зацікавлених соціальних структур, ЗМІ, громадських організацій, а також НВЗО та ВНПЗ I–IV рівнів акредитації, медичного коледжу, тощо. Концептуальний – представляє наукові підходи та принципи дослідження. Змістовний – включає способи досягнення мети, якою передбачено три напрями: медичний, педагогічний, суб'єктивний – у процесі загальноосвітньої підготовки. Технологічний – відображає функції, етапи, складові формування культури здоров'я школярів. Діагностувально-результативний – передбачає оцінювання, аналіз результатів проведеної роботи за основними компонентами (мотиваційно-особистісний, когнітивний, діяльним).

При їх визначенні дотримувались таких вимог як об'єктивність, ефективність, надійність, достовірність. В таблиці представлені компоненти та показники сформованості безпечної поведінки.

Блок наукового регулювання поєднує регіональні органи управління, асоціації профільних спеціалістів та ВНПЗ I–IV рівня акредитації, медичний коледж. На нього покладена науково-методична, нормативно-інформаційно-просвітницька, координаційно-кадрова діяльність. Практично від чого залежить життєздатність нововведень, що удосконалюють існуючі принципи профілактики шкільного травматизму [2-3].

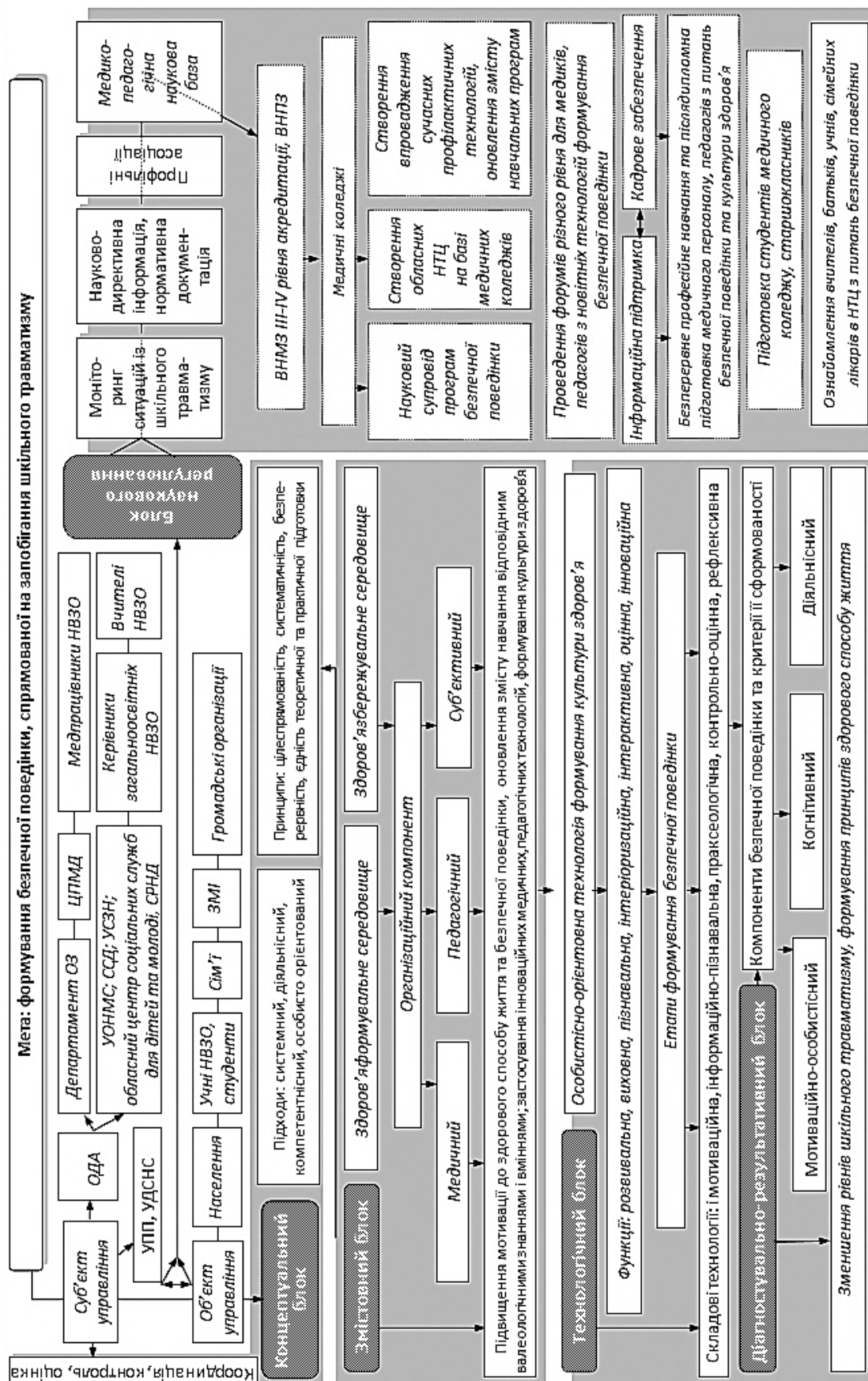


Рис. Удосконалена модель профілактики шкільного травматизму на регіональному рівні

**Компоненти та показники сформованості здоров'язберігаючої поведінки у школярів**

| Компоненти               | Критерії   |
|--------------------------|--|
| Мотиваційно-особистісний | Мотиваційно-особистісний   |
|                          | Емоційно-позитивне ставлення до свого здоров'я, природи, суспільства;<br>Мотивація щодо збереження і зміцнення здоров'я під час навчання;<br>Усвідомлення відповідальності за власне здоров'я та здоров'я оточуючих;<br>Потреба у формуванні культури здоров'я;<br>Вольові якості (цілеспрямованість, відповідальність, самодисципліна, активність). |
| Мотиваційно-особистісний | Когнітивний  |
|                          | Інформованість у галузі здоров'язбереження в процесі навчання;<br>Знання щодо зміцнення здоров'я;<br>Валеологічне мислення;<br>Обізнаність з правилами збереження здоров'я в процесі навчання.   |
| Діяльнісний              | Діяльнісний  |
|                          | Уміння й навички дотримання норм і цінностей здорового способу життя;<br>Практичне втілення потреби піклуватися про власне здоров'я;<br>Оволодіння оздоровчими технологіями;<br>Відповідність дій та вчинків вимогам здорового способу життя.  |

Базовим елементом зазначених процесів є інформація про динаміку та основні тенденції рівня шкільного травматизму в регіоні. Структури, що входять до нього та основні функції описані вище. Тому зараз детальніше прокоментуємо принципово нову його складову. На волонтерських засадах пропонується створення Навчального тренінгового центру (НТЦ). Потреба в ньому обґрунтована відповідями респондентів, якими були безпосередньо учні 5–11 класів, вчителі, батьки дітей шкільного віку. Адже, згідно опитуванню, на тлі достатньо високого рівня відповідальності, розуміння, бажання, при наявності ознак цілеспрямованості, самодисципліни, недостатньо розвинутих виявилися пізнавальна та результативна компоненти. Бажання респондентів у отриманні кваліфікованих знань та вмінь їх практичного застосування, а також до мінімізації джерел інформації з питань безпечної поведінки учнівської молоді підтвердили вірність такого висновку. НТЦ розташований на базі Кіровоградського медичного коледжу імені Є.Й. Мухіна і працює в тісному контакті із Кіровоградським обласним інститутом післядипломної педагогічної освіти імені В. Сухомлинського на договірній основі. До складу тренінгового центру, яким передбачено 6 осіб, входять: лікар, на якого покладені методично-організаційні функції, медична сестра, педагог, психолог, поліцейський, соціальний працівник. Розроблені програми підготовки для учнів молодшої, середньої, старшої школи, а також вчителів і батьків. Вони обговорені та затверджені на сумісному засіданні ДООЗ та Управління освіти, науки, молоді та спорту із залученням керівників НВЗО. Програми розміщені на сайті Кіровоградського медичного коледжу.

Відповідна робота передбачає як груповий так й індивідуальний рівень підготовки. Мобільність її забезпечена формуванням виїзних бригад, склад яких може бути різним в залежності від реальних обставин, потреби і можливостей. Виходячи із загальної кількості навчальних закладів освіти (НЗО) в області (348) розроблено помісячний план зворотнього зв'язку з їх керівниками. Для учнів молодшої школи передбачено донесення основ культури здоров'я повсякденно через тісну інтеграцію з іншими дисциплінами. Акцент процесу підготовки учнів

середньої школи, старшокласників переноситься під час вивчення дисципліни «Охорона безпеки життєдіяльності» (ОБЖ) при посиленні спрямованості змісту на формування культури здоров'я. Рекомендовано використовувати спеціально підготовлені теоретичні розділи, що містять інформацію щодо знань у площині зміцнення здоров'я, валеологічного мислення, розроблені творчі завдання, що сприяють розвиткові відповідних умінь і навичок. Зазначимо, що задачі НТЦ, крім надання теоретичних знань, полягають у розвитку відповідних умінь і придбання навичок. Для чого на базі медичного коледжу створено спеціально обладнаний кабінет. Поширеним методом передачі знань слід вважати рольові ігри, аналіз певної ситуації, підготовка творчих проєктів з використанням окремих фактів із життя відомих людей, тощо. Набула поширення підготовка у позашкільних умовах.

Модель має такі ознаки: поетапність – від формування мотивації здорового способу життя до практичного втілення здоров'язберігаючих технологій; цілісність – охоплює процес формування культури здоров'я у школярів за всіма компонентами, динамічність – передбачає динамічну систему підготовки: переходу від простого до складного; диференційованість – зумовлює особливості формування безпечної поведінки учнів залежно від рівня їх обізнаності та готовності.

Перевагами моделі є системність, комплексність, економічність. Системність передбачає урахування не тільки вікової особливості, ступеня обізнаності і готовності до сприйняття основ формування культури здоров'я учнями, але й рівень навчальних закладів територіальної приналежності. Комплексність – залучення спеціалістів суміжних спеціальностей (сімейних лікарів, психологів) та професій (поліцейських), волонтерів (студентів медичних коледжів і старшокласників), працівників соціальних служб, батьків. Економічність обумовлюється удосконаленням організації профілактики запобігання шкільного травматизму за наявних ресурсів системи охорони здоров'я завдяки оптимізації функціональних обов'язків задіяних фахівців на основі оновлення змісту навчально-просвітницьких програм валеологічними знаннями і вміннями, форм та методів донесення їх до школярів. До

нього слід віднести створення на громадських засадах обласного Навчального тренінгового центру на базі Кіровоградського медичного коледжу.

Крім того, новим слід вважати доповнення загальновідомих принципів профілактики визначенням функцій, етапів, складових формування безпечної поведінки школярів, виявленими умовами для цього в навчальних закладах, сім'ї, що проявляються у конкретизації мотивів, цінностей, знань, умінь, навичок здоров'язбереження.

Діяльність структур ґрунтується на відповідних існуючих директивно-нормативних документах і спрямована на забезпечення їх дотримання, удосконалення, розробку нормативно-правових актів, науково-методичну підтримку, організацію роботи в цілому та зворотнього зв'язку. Базовою її основою є моніторинг ситуації з шкільного травматизму, контроль виконання програм безпечної поведінки з їх корекцією.

Таким чином, була розроблена удосконалена модель профілактики шкільного травматизму на регіональному рівні, основу якої склала запропонована

особистісно орієнтовану технологію формування безпечної поведінки, як складової культури здоров'я, що реалізує розвивальну, виховну, пізнавальну, інтеріоризаційну, інтерактивну, оцінну, інноваційну функції і спрямована на забезпечення мотиваційно-цільової, особистісної, інформаційно-пізнавальної, праксеологічної, контрольної-оціночної компоненти.

### ВИСНОВКИ

Удосконалена модель забезпечує особистісно орієнтовану технологію формування здоров'язбережувальної поведінки у школярів. Перевагою її є системність, комплексність, економічність.

*Перспективи подальших досліджень* полягають у вивченні результатів запровадження удосконаленої моделі профілактики шкільного травматизму в навчальних закладах регіону шляхом опитування учнів, вчителів, батьків за розробленою анкетною.

### ЛІТЕРАТУРА

1. Всемирный доклад о профилактике детского травматизма. Женева: Всемирная организация здравоохранения. Информационный бюллетень. Февраль 2018;1 (59).
2. Бондарь С.О. Шкільний травматизм: особливості, тенденції / С.О. Бондарь // Професійна освіта: проблеми й перспективи. – 2018. – № 14. – С. 49-54.
3. Бондарь С.О. Види та структура локалізації травм, як передумова формування здоров'язбережувальних засад попередження дитячого травматизму / С.О. Бондарь // Україна: Здоров'я нації. – 2018. – № 2 (49). – С. 9-16.
4. Бухановська Т.М. Стан здоров'я сучасних школярів, шляхи його збереження та поліпшення / Т.М. Бухановська, Л.О. Мальцева, Л.В. Андрейчин // Україна. Здоров'я нації. – 2012. – № 1 (21). – С. 44-50.
5. Вечеркин Д.В. Анализ травматизма у детей школьного возраста и пути его профилактики в современных условиях / Д.В. Вечеркин, В.А. Вечеркин, О.Н. Чопоров, М.В. Гаврилова // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2014. – № 13 (3). – С. 691-693.
6. Габеркорн И.И. Формирование здорового образа жизни в процессе валеологического образования учащихся / И.И. Габеркорн // Ученые записки университета им. П.Ф. Лесгафта. – 2017. – № 10 (152). – С. 35-39.
7. Гурьянова М.П. Социальный педагог и проблемы здоровьесбережения школьников / М.П. Гурьянова, В.М. Малинин // Народное образование. – 2016. – № 1. – С. 57-65.
8. Закон України «Про забезпечення санітарного та епідеміологічного благополуччя населення в редакції від 28.12.2015 р. №4004-XII, у частині проведення відповідної роботи з питань запобігання дитячого травматизму 1.2».
9. Захарченко М.П. Проблемы коррекции состояния здоровья при формировании здорового образа жизни в современных условиях / М.П. Захарченко // Восточноевропейский журнал общественного здоровья. – 2013, (S). – С. 86-90.
10. Камакина О.Ю. Социальное партнерство семьи и школы для сохранения и укрепления здоровья обучающихся / О.Ю. Камакина // Общество: социология, психология, педагогика. – 2016. – №1. – С. 48-49.
11. Михальчук В.М. Педагогічні умови формування безпечної поведінки у школярів під час навчального процесу / В.М. Михальчук, С.О. Бондарь // Професійна освіта: проблеми і перспективи. – 2017. – № 13. – С. 32-38.
12. Михальчук В.М. Особливості дитячого травматизму в Кіровоградській області в аспекті загальноукраїнських тенденцій / В.М. Михальчук, С.О. Бондарь // Актуальні проблеми сучасної медицини. – 2017 – Т. 17, Вип. 4 (60), Ч. 2. – С. 185–190.
13. Михальчук В.М. Проблеми дитячого травматизму: структура, динаміка видів за довготривалим спостереженням / В.М. Михальчук, С.О. Бондарь // Journal of Education, Health and Sport. – 2017. – № 7. – С. 1064-76.
14. Михальчук В.М. Шкільний травматизм: особливості формування безпечної поведінки серед учнів як основи удосконалення принципів профілактики / В.М. Михальчук, С.О. Бондарь // Економіка і право охорони здоров'я. – 2017. – № 2. – С. 58-65.
15. Москаленко В.Ф. Воплощение стратегических направлений новой европейской политики «Здоровье–2020» в здравоохранении Украины / В.Ф. Москаленко, Т.С. Грузева, Л.И. Галиенко // Восточноевропейский журнал общественного здоровья. – 2013, (S). – С. 62-70.
16. Назарова С.К. Школьный травматизм / С.К. Назарова, З.Р. Саттарова, Н.Б. Назарова // Интернаука. – 2017. – № 5-1 (9). – С. 26-28.
17. Наказ МОН України №1008 від 06.11.2008 р. «Про невідкладні заходи щодо збереження здоров'я учнів під час проведення занять з фізичної культури, захисту Вітчизни та позакласних спортивно-масових заходів».

18. Наказ МОН України №605 від 21.07.2004 р. «Про затвердження Концепції формування позитивної мотивації на здоровий спосіб життя у дітей та молоді».
19. Наказ МОН України №1669 від 26.12.2017 р. «Про затвердження Положення про організацію роботи з охорони праці та безпеки життєводіяльності учасників освітнього процесу в установах і закладах освіти».
20. Спільний Наказ МОН та МОЗ №242/178 від 21.04.20105 р. «Про посилення роботи щодо профілактики захворюваності дітей у навчальних закладах та формування здорового способу життя учнівської та студентської молоді».
21. Степанова М.И. Здоровьесберегающий потенциал школы полного дня / М.И. Степанова, З.И. Сазанюк, Б.З. Воронова, И.Э. Александрова [и др.] // Здоровье и окружающая среда. – 2009. – № 14. – С. 614-620.
22. Третьякова О.С. Заболеваемость детей АР Крым: реалии сегодняшнего дня / О.С. Третьякова, И.А. Сухарева, С.А. Василенко // Медицина сегодня и завтра. – 2013. – № 4 (61). – С. 171-174.

*Дата надходження рукопису до редакції: 20.09.2018 р.*

**Усовершенствованная региональная модель профилактики школьного травматизма**

*В.М. Михальчук, С.В. Бондарь*  
Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика, г. Киев, Украина  
Кировоградский медицинский колледж им. Е.И. Мухина, г. Кропивницкий, Украина

**Цель** – разработать региональную усовершенствованную модель профилактики школьного травматизма на основе междисциплинарного подхода к здоровью-сохраняющим обучающим технологиям для формирования стойкой мотивации безопасного поведения.

**Материалы и методы.** В работе использованы результаты предыдущих исследований, посвященных динамике школьного травматизма в регионе в аспекте среднеевропейских данных, а также материалы параллельного опроса (учеников, учителей, родителей) согласно специально разработанной анкете, относительно их готовности к формированию безопасного поведения. Использован системный подход, аналитико-синтетический, сравнительный анализы, описательное моделирование.

**Результаты.** Предложенная усовершенствованная модель профилактики школьного травматизма содержит шесть блоков: управленческий, концептуальный, научного регулирования, содержательный, технологический, диагностически-результативный; включает: целевую, мотивационную, информационно-познавательную, контрольно-оценочную, рефлексивную составляющие. Последовательность реализации предполагает побудительный, познавательный операционный этапы.

**Выводы.** Усовершенствованная модель обеспечивает лично-ориентированную технологию формирования здоровьезбережения у школьников. Преимуществом ее является системность, комплексность, экономичность.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** модель, профилактика, школьный травматизм.

**An improved regional model for preventing school injuries**

*V.M. Mikhailchuk, S.O. Bondar*  
Department of Shupyk National Medical Academy Of Post Diploma Education, Kyiv, Ukraine  
E.Yu. Mukhin Kirovograd Medical College, Kropivnitsky, Ukraine.

**Purpose** – to develop a model for preventing school injuries on the basis of health-saving learning technologies, with the involvement of an interdisciplinary approach with a sustainable motivation for safe behavior.

**Materials and methods.** In this work, the results of previous studies with regard to the school trauma in the region in the all-Ukrainian aspect, the data of the previous survey (students, teachers, parents), on a specially designed questionnaire, students, teachers, and parents concerning the readiness for the formation of safe behavior are used. System approach, analytical-synthetic, comparative analysis, descriptive modeling were used.

**Results.** The proposed model of prevention of school traumatism contains six blocks: managerial, conceptual, scientific-regulative, content, technological, diagnostic and productive; it has the following components: target, motivational, information-cognitive, control-evaluative, reflexive. The sequence of implementation involves the inductive, informative operational stages.

**Conclusions.** The improved model provides a personally oriented technology for the formation of health-saving behavior in schoolchildren. Its advantage is systematic, comprehensive, cost-effective.

**KEY WORDS:** model, prophylaxis, school injuries.

**ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ**

**Михальчук Василь Миколайович** – доктор медичних наук, доцент, завідувач кафедри управління охороною здоров'я Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, 04112.

**Бондарь Світлана Олександрівна** – директор Кіровоградського медичного коледжу імені Є.Й.Мухіна, Студентський бульвар, 16, м. Кропивницький, 25015 Україна.

## Актуальні питання становлення системи громадського здоров'я в Україні

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», м. Київ, Україна

**Мета роботи** – визначити актуальні питання становлення системи громадського здоров'я в Україні.

**Матеріали та методи.** Застосовано методи інформаційно-аналітичний та порівняльний.

**Результати та висновки.** Альтернативи створенню системи громадського здоров'я в Україні немає. Відсутність спеціального Закону України «Про громадське здоров'я» та недоліки чинного законодавства з охорони здоров'я сприяють виникненню штучних препон до її формування. Відчувається гострий дефіцит спеціалістів з громадського здоров'я. Розбудова громадського здоров'я неможлива без перманентної її широкої адвокації.

**Ключові слова:** громадське здоров'я, центр громадського здоров'я, кадри громадського здоров'я.

### ВСТУП

Збереження та зміцнення здоров'я, забезпечення повноцінного життя людей є одними з найважливіших цілей світової спільноти. Недарма вони знайшли своє відображення у засадах європейської політики “Здоров'я – 2020: основи Європейської політики в підтримку дій держави та суспільства в інтересах здоров'я і благополуччя”, в Європейському плані дій зі зміцнення потенціалу та поліпшення послуг системи громадського здоров'я (ЄПД) тощо.

Стратегією сталого розвитку “Україна – 2020”, схваленою Указом Президента України від 12 січня 2015 р. № 5, країна серед своїх основних завдань визнала досягнення європейських стандартів якості життя та благополуччя населення, а також реформування національної системи охорони здоров'я на засадах громадського здоров'я, які є частиною зобов'язань у рамках Угоди про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони. Україна підписала ЄПД і тим самим зобов'язалася його виконувати.

**Мета роботи** – визначити актуальні питання становлення системи громадського здоров'я в Україні.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Опрацьовано нормативно-правові матеріали щодо становлення системи громадського здоров'я, результати соціологічних опитувань, проведених соціологічною службою Центру Разумкова, щодо ставлення населення до реформування охорони здоров'я тощо.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Система громадського здоров'я, згідно визначенню приведеного в Концепції розвитку системи громадського здоров'я, це комплекс інструментів, процедур та заходів, що реалізуються державними та недержавними інституціями для зміцнення здоров'я населення, попередження захворювань, збільшення тривалості активного та

працездатного віку та заохочення до здорового способу життя шляхом об'єднаних зусиль усього суспільства.

Мета розбудови системи громадського здоров'я в Україні полягає насамперед в переорієнтуванні від політики лікування до політики зміцнення та збереження здоров'я населення, попередження надзвичайних ситуацій, профілактика епідемій і захворювань, у скороченні несправедливості щодо здоров'я по всьому соціальному градієнту, запровадження інтегрованого підходу до розв'язання проблем громадського здоров'я з метою раціонального використання наявних людських та матеріальних ресурсів тощо, що сприятиме як зниженню рівня загальної захворюваності, інвалідності та смертності населення, зниженню рівня передчасної смертності від ХНІЗ тощо, так й збільшенню середньої тривалості життя населення України, продовження активного та працездатного віку та, як результат, зменшення економічного навантаження на бюджет охорони здоров'я. Вона також має бути спрямованою на зменшення обсягу витрат на медичне обслуговування.

Як вважають керівники МОЗ «В Україні зараз лише 1% фінансування і уваги спрямовані на профілактику, 99% – це лікування».

Громадське здоров'я – це єдина система, що успішно зарекомендувала себе у всьому світі із запровадження нових ідей та інноваційних рішень для розробки стратегій у галузі охорони здоров'я, а також виявлення та вирішення проблем зі здоров'ям населення.

В Україні створення системи громадського здоров'я, яке відбувається в останні 2–3 роки, здійснюється відповідно до наступних нормативно-правових документів:

- Концепції розвитку системи громадського здоров'я (схвалена розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 1002-р) (далі по тексту – Концепція);

- Розпорядження Кабінету Міністрів України від 02.09.2015 р. № 909-р «Питання Міністерства охорони здоров'я» (дозволило Міністерству охорони здоров'я утворити у сфері його управління державну установу “Центр громадського здоров'я”);

- Наказ МОЗ України від 18.09.2015 р. «Про утворення державної установи «Центр громадського здоров'я України»;

- Розпорядження Кабінету Міністрів України від 18 серпня 2017 р. № 560-р «Про затвердження плану заходів щодо реалізації Концепції розвитку системи громадського здоров'я» (далі по тексту – План) тощо.

Хоча розробка таких важливих нормативно-правових документів як Концепція та План здійснювалася з врахуванням міжнародного досвіду у цій сфері, тим не менш необхідно зазначити, що окремі важливі нароби з цієї проблеми не знайшли своє відображення в названих документах. Так, джерела фінансування системи громадського здоров'я, що передбачаються цілком документально, мають бути багатоканальними, що зовсім закономірно, проте обмежуються звичними фінансовими механізмами: за рахунок коштів державного і місцевих бюджетів у межах асигнувань, що передбачаються на відповідний рік, благодійних фондів, міжнародної технічної та фінансової допомоги та інших джерел, не заборонених законодавством. В той же час досвід різних країн світу щодо додаткових джерел фінансування охорони здоров'я залишилися не затребуваними як, наприклад, використання з цією метою різноманітних податків: виділення частину доходів від оподаткування тютюну на цілі, пов'язані з охороною здоров'я (запроваджено у 28 країнах, ВООЗ, 2009 р.), відсоток від додаткових доходів бюджету, певний відсоток від акцизів на алкогольну і тютюнову продукцію, певний відсоток надбавки до акцизного податку на алкоголь і тютюн, спеціальні податки («солодкі», «жирні») на певні продукти харчування (наприклад, вершкове масло, молоко, сир, піцу, м'ясо, олію і оброблені харчові продукти, якщо вони містять більше 2,3% насичених жирів, як це запровадила Данія) тощо. Показники ефективності реалізації Концепції сформульовані нечітко, не конкретно (по суті накреслені лише загальні тенденції їхнього виконання), тому будь-які позитивні результати, навіть мізерні, можуть бути зараховані як позитивні. В Концепції практично не знайшли своє втілення реалізація стратегії ВООЗ «Здоров'я через освіту» тощо. Загалом слід враховувати той факт, що акцент в ній зроблено на профілактику інфекційних захворювань на шкоду ХНІЗ.

Як в Концепції, так й в Плані по її реалізації не передбачені з ряду питань контрольні цифри, наприклад, щодо розвитку кадрових ресурсів в системі громадського здоров'я. Тим самим виникає ризик і загроза його невиконання або розтягування термінів на невизначений час.

Впровадженню системи громадського здоров'я гальмує той факт, що розробляння низки нормативно-правових матеріалів, затвердження відповідних програм підготовки, окремих стратегій з питань громадського здоров'я тощо, що передбачається у Плані в 2018–2019 рр., на сьогодні їх ще немає: наприклад, затвердження Комунікаційної стратегії з пріоритетних питань громадського здоров'я (I квартал 2018 р.), розроблення та затвердження Порядку функціонування державної мережі лабораторій для реагування на надзвичайні події у сфері громадського здоров'я не нижче другого рівня біологічної безпеки (II квартал 2018 р.), розроблення та впровадження спеціалізованої програми з підвищення кваліфікації епідеміологів (2017–2018 рр.) тощо.

Незважаючи на вище сказане в 2016-2017 рр. зроблені перші кроки щодо відбудови системи громадського здоров'я.

Майнові комплекси лабораторних центрів Державної санітарно-епідеміологічної служби України передано до Міністерства охорони здоров'я, проводиться їх аудит та оптимізація.

Проведено пілотування електронної інформаційної системи спостереження за захворюваннями. До впровадження проекту залучили Київську, Львівську, Одеську, Дніпропетровську області та місто Київ.

Розроблено проект розпорядження Кабінету Міністрів України «Про схвалення стратегії розвитку національної системи крові».

В стадії розробки знаходиться проект Національного плану заходів щодо неінфекційних захворювань для досягнення глобальних цілей сталого розвитку тощо.

З 2016 р. почалося створення вертикалі управління системи громадського здоров'я.

В травні 2016 року Міністерством охорони здоров'я України було зареєстровано у Єдиному державному реєстрі юридичних осіб, фізичних осіб-підприємців та громадських формувань Державну установу «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України», на якого були покладені функції із супроводження управлінських рішень у сфері громадського здоров'я, зокрема із створення та підтримки єдиної інформаційно-аналітичної системи медичної інформації, методичного керівництва лабораторною та аналітичною роботою регіональних центрів громадського здоров'я тощо. У жовтні 2016 р. виконавча рада International Association of National Public Health Institutes затвердила Центр громадського здоров'я України національним членом Асоціації. Тим самим міжнародна спільнота офіційно визнала ЦГЗ МОЗ України та його входження у систему європейського світогляду з точки зору побудови нової системи громадського здоров'я в Україні – системи профілактики та запобігання захворювань.

Проте при його створенні не обійшлося без прикрих помилок. Він із самого початку передбачав створення громіздкої установи: планувалося «провести об'єднання шляхом злиття» понад 40 медичних установ різних напрямків (інститутів, центрів, лабораторій), що працювали у кількох містах України. Тим самим по суті справи виключала можливість ефективного його управління. Хоча функції Центру громадського здоров'я МОЗ в цілому були зорієнтовані на виконання основних оперативних функцій громадського здоров'я, що цілком слушно, вони, на думку проф. Слабкого Г.О., акцент робили на запобігання інфекційним хворобам на шкоду ХНІЗ. Саме останні на сьогодні обумовлюють основний тягар, спричинений нездоров'ям населення. Сумнівним було рішення включити до його складу ДУ «Український інститут стратегічних досліджень» тощо. Хоча у подальшому було внесено деякі корективи щодо статусу, функцій та структури ЦГЗ МОЗ України, на сьогодні це питання все ще залишається актуальним.

Тим не менш ЦГЗ МОЗ України почав реалізацію проектів у міжна-родному партнерстві, які спрямовані на посилення національних зусиль у протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу тощо, поступово налагоджується збір даних та моніторинг за інфекційними і неінфекційними захворюваннями, що дуже важливо для захисту громадського здоров'я. Без знання поточної ситуації і

масштабів проблеми неможливо формувати стратегію профілактики та лікування хвороб тощо [6].

На відміну від нас такі центри вже давно функціонують у США та країнах Європи, і основною їх місією є контроль над інфекційними та неінфекційними хворобами, пропаганда здорового способу життя, підвищення тривалості та якості життя населення[7].

Останнім часом на місцях почалося створення аналогічних регіональних ЦГЗ. У жовтні 2017 р. на нараді з керівниками структурних підрозділів охорони здоров'я обласних та Київської міської державних адміністрацій було обговорено питання їх створення.

Регіональні ЦГЗ, як вважає МОЗ України, можуть утворюватися двома способами: об'єднанням наявних комунальних установ та створенням нової установи. Щодо основних функцій регіональних ЦГЗ МОЗ рекомендувало наступне:

- епіднадгляд за хворобами та оцінка стану здоров'я населення;
- виявлення пріоритетних проблем охорони здоров'я та загроз для здоров'я;
- забезпечення готовності та планування на випадок надзвичайних подій;
- профілактика захворювань;
- зміцнення здоров'я;
- планування кадрових ресурсів;
- стратегічне керівництво;
- комунікація в інтересах громадського здоров'я тощо [1].

Тим не менш наразі не повністю вирішеними залишаються питання щодо їхньої структури, функцій, примірного штатного розпису, індикаторів ефективності діяльності, кадрового забезпечення фахівцями тощо, адже розробленого примірного статуту (положення) регіональних ЦГЗ, як це передбачається Планом заходів щодо реалізації Концепції розвитку системи громадського здоров'я України, досі немає.

Окремі функції охорони громадського здоров'я наразі виконують різноманітні профілактичні структури закладів охорони здоров'я, насамперед, ЦЗ, відділення профілактики, кабінети здорової дитини, кабінети антиалкогольної пропаганди та профілактичної допомоги. Однак замість того, щоб створювати вертикальну інтеграцію громадського здоров'я на різних рівнях надання медичної допомоги, мережа цих профілактичних структур за винятком кабінетів здорової дитини та відділень профілактики (практично за останні роки залишилися без змін) невпинно скорочується: практично кабінети антиалкогольної пропаганди залишилися лише в деяких областях, міські центри здоров'я – лише у Дніпропетровській, Запорізькій, Одеській та Харківській областях, а обласних ЦЗ навіть вже немає у Житомирській, Миколаївській, Сумській, Херсонській, Чернігівській областях тощо. В той час реалізація функцій громадського здоров'я вимагає в регіонах об'єднання та оптимізування всіх наявних ресурсів.

Сучасна система громадського здоров'я має виконувати 10 функцій, серед яких вкрай важливою є «забезпечення компетентними кадрами» (Луїджі Мігліоріні, виконуючий обов'язки керівника Бюро ВООЗ в Україні) [2].

Впровадження системи громадського здоров'я в Україні неможливо вирішити без сучасної системи

підготовки фахівців із громадського здоров'я та підвищення їх кваліфікації. Тому кадрове забезпечення відповідними спеціалістами наразі є одним із пріоритетних завдань галузі охорони здоров'я.

Донедавна таких спеціалістів в незначній кількості (10–15 осіб на рік) готували лише в НУ «Києво-Могилянська академія» на факультеті соціальних наук і соціальних технологій за магістерською програмою «Менеджмент організацій і адміністрування (в охороні здоров'я)». Проте останнім часом в Україні з врахуванням зарубіжного досвіду почалося вирішення цієї проблеми шляхом організації кафедр громадського здоров'я, які повинні стати постійно діючим інструментом підготовки і безперервного професійного розвитку фахівців цього напрямку. Наприклад, в Ужгородському національному університеті, НМАПО ім. П. Л. Шупика (з 1 червня 2017 р.) та в Національному університеті «Острозька академія» (у липні 2017 р. створена кафедра громадського здоров'я на базі факультету політико-інформаційного менеджменту, яка здійснює підготовку фахівців за кваліфікаційно-освітнім рівнем: бакалавр за спеціальністю 229 «Громадське здоров'я»). Більш того, в НМАПО ім. П. Л. Шупика планують у подальшому створити Інститут громадського здоров'я (на зразок аналогічних шкіл, які існують у структурах провідних університетів світу).

Слід враховувати, що підготовка таких спеціалістів висуває підвищені вимоги до їхніх знань, вмій та навичок, зокрема щодо соціології, інформатики, психології, епідеміології, біоекономіки, основи права, інноваційного менеджменту, екології, основи безпеки життєдіяльності, лабораторної практики тощо [3, 4]. Ось тому Концепція передбачає запровадження як спеціальності, так й спеціалізації «Громадське здоров'я» для забезпечення триступеневої підготовки (бакалаврату, магістратури та доктора філософії) та безперервного професійного розвитку.

Вирішення проблеми кадрових ресурсів з громадського здоров'я потребує розробку та затвердження відповідних освітньо-кваліфікаційних характеристик, створення відповідних освітньо-професійних програм для підготовки фахівців тощо. Перший крок у вирішенні цієї кадрової проблеми вже зроблено. Постановою Кабінету Міністрів України від 1 лютого 2017 р. № 53 «Про внесення змін до постанови Кабінету Міністрів України від 29 квітня 2015 р. № 266» до переліку галузей знань і спеціальностей, за якими здійснюється підготовка здобувачів вищої освіти, затверджену зазначеною постановою, позиція «22 Охорона здоров'я» доповнена «229. Громадське здоров'я».

Обґрунтування моделі спеціаліста у сфері громадського здоров'я в Україні повинно враховувати світовий досвід у підготовці таких фахівців [3, 4].

Враховуючи, що кадри з громадського здоров'я конче необхідні зараз, в НМАПО імені П. Л. Шупика, наприклад, вперше на Україні ініціювали створення циклу тематичного вдосконалення фахівців цього напрямку, який вибудований за європейськими й американськими мірками як сертифікаційна програма. Він розрахована на період від 2 тижнів до 1,5 місяця, а може бути й тривалішим. Тобто завдання тематичного циклу – в короткий термін зорієнтувати слухачів як у колі питань, якими опікується система громадського здоров'я, так й в базових поняттях цієї науки.



За результатами роботи більше 150 експертів громадського здоров'я в рамках науково-практичної конференції з міжнародною участю «Актуальні питання розвитку системи громадського здоров'я в Україні», яка відбулася в Ужгороді 24-26 травня 2017 року за підтримки проекту USAID «Реформа ВІЛ послуг у дії», рекомендовано МОЗ України щодо налагодження системи підготовки кадрів для громадського здоров'я наступне:

- підготувати п'ятирічний план потреби в фахівцях та обґрунтувати пропозиції до державного замовлення на обсяги підготовки фахівців для системи громадського здоров'я;

- подати до МОН України:
  - для затвердження паспорт наукової спеціальності «Громадське здоров'я» та введення відповідної наукової спеціальності при збереженні наукової спеціальності «Соціальна медицина»;

- Освітній стандарт за спеціальністю «Громадське здоров'я» (з його попереднім експертним та громадським обговоренням) [5].

Становлення системи громадського здоров'я в Україні повинно здійснюватися на основі відповідного закону, який досі не розроблений, що затвердить профілактичну стратегію в охороні здоров'я та принцип пріоритетності здоров'я в усіх сферах життя. Чинний Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» хоча й містить низку засадничих положень щодо охорони громадського здоров'я, однак через надто загальний, декларативний характер багатьох з них, відсутність належної уваги до всіх структурних елементів системи охорони громадського здоров'я та їхніх функцій, а також інші недоліки вже не здатен забезпечити розбудову сучасної системи охорони громадського здоров'я в Україні.

Крім Закону «Про громадське здоров'я» потрібна низька різних нормативно-правових документів з цього питання. Відсутність до цього часу необхідної нормативно-правової бази ускладнює здійсненню стратегічного управління в інтересах здоров'я, створення стійких організаційних структур з громадського здоров'я та забезпечення їх фінансування, вирішення проблеми

забезпечення сфери громадського здоров'я кваліфікованими кадрами тощо. Слід також враховувати той факт, що відсутність такого закону ускладнює реалізацію одну з головних оперативних функцій громадського здоров'я – виконання інформаційно-роз'яснювальної діяльності (адвокації) та мобілізації в інтересах здоров'я: внесення змін (розширення, доповнення) до профілактичної складової цільових програм, стандартів та клінічних протоколів, навчання медичних кадрів основам адвокаційно-комунікаційної діяльності тощо.

Досягнення позитивних результатів у сфері громадського здоров'я безпосередньо залежить від поінформованості та обізнаності населення. Саме тому при розбудові системи громадського здоров'я в Україні наразі гостро стоїть питання необхідності широкої адвокації останньої серед широких верств населення. Адже широкі верстви населення повинні чітко розуміти що відбувається та які зміни відбудуться в подальшому. На сьогодні населення України реформування охорони здоров'я оцінює її негативно та розглядає скоріше як другорядну подію. За даними соціологічної служби Центру Разумкова (2017 р.), серед політичних подій в Україні, яку можна було назвати подією 2017 р., респонденти медичну реформу (1,6%) поставили лише на 8-е місце (без врахування відповіді «Важко відповісти» – 20,6%) [8]. Дуже низьку оцінку отримував як у 2015, так й у 2016–2017 рр. перебіг реформування охорони здоров'я (оцінювався за 10-бальною шкалою: «1» – реформ майже або зовсім немає, «10» – реформи йдуть максимально успішно):

- опитування у березні 2015 р. – 2,23 бали,
- опитування у грудні 2015 р. – 2,48 бали,
- опитування у грудні 2016 р. – 2,86 бали,
- опитування у грудні 2017 р. – 2,82 бали.

Одночасно більшість респондентів негативно оцінили як стан справ в охороні здоров'я, так й вплив його реформування на їхнє особистісне становище (таблиці 1, 2).

Тому комунікація у сфері охорони здоров'я повинна бути як діяльністю з двостороннього обміну інформацією, так й максимально прозорою для суспільства.

Таблиця 1

**Як протягом року змінилося становище в охороні здоров'я України? (% респондентів)**

| Змінилося на краще |              | Змінилося на гірше |              | Не змінилося |              | Важко відповісти |            | Баланс*    |            |
|--------------------|--------------|--------------------|--------------|--------------|--------------|------------------|------------|------------|------------|
| 2016 грудень       | 2017 грудень | 2016 грудень       | 2017 грудень | 2016 грудень | 2017 грудень | 2016 груд.       | 2017 груд. | 2016 груд. | 2017 груд. |
| 3,6                | 4,6          | 53,6               | 61,3         | 35,9         | 26,9         | 6,9              | 7,2        | -50,0      | -56,7      |

Примітка. \* – різниця між варіантами відповіді «Зміни на краще» та «Зміни на гірше».

Таблиця 2

**Як впливають реформи та дії влади в різних сферах на Ваше особистісне становище? (щодо реформи охорони здоров'я, % респондентів)**

| Опитування       | Відповіді респондентів (%) |           |            |                  |
|------------------|----------------------------|-----------|------------|------------------|
|                  | Позитивно                  | Негативно | Не впливає | Важко відповісти |
| Березень 2015 р. | 10,2                       | 34,3      | 55,1       | 0,4              |
| Грудень 2015 р.  | 11,0                       | 35,6      | 53,2       | 0,2              |
| Грудень 2016 р.  | 9,2                        | 44,6      | 45,9       | 0,3              |
| Грудень 2017 р.  | 9,2                        | 52,5      | 37,9       | 0,4              |

**ВИСНОВКИ**

Альтернативи створенню системи громадського здоров'я в Україні немає.

Розбудова системи громадського здоров'я в Україні наразі відбувається при відсутності відповідного Закону України «Про громадське здоров'я». Чинний Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» через різні недоліки не здатен забезпечити розбудову сучасної системи охорони громадського здоров'я в Україні. Тим самим можуть виникати штучні препони до її формування.

Формування системи громадського здоров'я в Україні тільки розпочинається., джерела її фінансування обмежується звичними для країни фінансовими механізмами, міжнародний досвід щодо додаткових джерел фінансування системи громадського здоров'я залишилися не затребуваними.

Вертикаль управління системи громадського здоров'я створюється з 2016 р. Тим не менш багато питань

щодо структури, функцій, примірного штатного розпису, індикаторів ефективності діяльності, кадрового забезпечення фахівцями тощо ЦГЗ (МОЗ України, регіональних) залишаються не вирішеними до цього часу.

В Україні відчувається гострий дефіцит спеціалістів з громадського здоров'я, яке треба вирішувати шляхом до та післядипломної підготовки працівників галузі. Перші кроки щодо її вирішення вже зроблено: спеціальність «229. Громадське здоров'я» закріплена постановою Кабінету Міністрів України, почали функціонувати перші кафедри громадського здоров'я, організовані перші короткострокові цикли тематичного удосконалення для фахівців громадського здоров'я тощо.

Населення України негативно оцінює стан справ в сфері охорони здоров'я, тому необхідна перманентна широка адвокація щодо розбудови громадського здоров'я.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням діяльності системи громадського здоров'я на регіональному рівні.

**ЛІТЕРАТУРА**

1. В Україні створюються регіональні центри громадського здоров'я // <https://www.umj.com.ua/article/115972/v-ukrayini-stvoryuyutsya-regionalni-tsentri-gromadskogo-zdorov-ya>.
2. Громадське здоров'я в Україні: чинне законодавство потребує перегляду // <https://www.apteka.ua/article/370176>.
3. Грузева Т.С., Гречишкіна Н.В., Литвинова Л.О. Громадське здоров'я (Public health) як нова спеціальність: сучасні підходи до викладання (на прикладі Дебреценського університету, Угорщина) / Т.С. Грузева, Н.В. Гречишкіна, Л.О. Литвинова // Україна. Здоров'я нації. – 2017. – № 1 (42). – С. 166–171.
4. Грузева Т.С., Курило Т.М. Особливості підготовки фахівців громадського здоров'я в Республіці Казахстан / Т.С. Грузева, Т.М. Курило // Україна Здоров'я нації. – 2017. – № 1 (42). – С. 162–165.
5. Експертні рекомендації з розвитку системи громадського здоров'я в Україні – результат конференції в Ужгороді // <http://www.hivreforminaction.org/?p=1678>.
6. Нова команда МОЗ: обличчям до громадського здоров'я // <https://blogs.pravda.com.ua/authors/badikov/5a7ae81f16a17>.
7. Тимофій Бадіков. Здорове суспільство – здоровий ти: пріоритет на громадське здоров'я. 02 липня 2018 // <https://blogs.pravda.com.ua/authors/badikov/5b3a57878efa5>.
8. Україна 2017-2018: Нові реалії, старі проблеми (аналітичні оцінки) // [http://razumkov.org.ua/uploads/article/2018\\_Pidsumky\\_ukr\\_eng.pdf](http://razumkov.org.ua/uploads/article/2018_Pidsumky_ukr_eng.pdf).

**Дата надходження рукопису до редакції: 24.09.2018 р.**

**Актуальные вопросы становления системы общественного здоровья в Украине**

*Ф.Ф. Рында*

ГУ «Украинский институт стратегических исследований МОЗ Украины», г. Киев, Украина

**Цель работы** – определить актуальные вопросы становления системы общественного здоровья в Украине.

**Материалы и методы.** Применены методы информационно-аналитический и сравнительный.

**Результаты и выводы.** Альтернативы созданию системы общественного здоровья в Украине нет. Отсутствие специального Закона Украины «Об общественном здоровье» и недостатки действующего законодательства по здравоохранению способствуют возникновению искусственных преград по его формированию. Ощущается острый дефицит специалистов общественного здоровья. Развитие общественного здоровья невозможна без перманентной ее широкой пропагандистской деятельности.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** общественное здоровье, центр общественного здоровья, кадры общественного здоровья.

**Actual issues of the formation of the public health system in Ukraine**

*F.F. Rynda*

SE "Ukrainian institute of strategic researches of the Ministry of Health of Ukraine", Kyiv, Ukraine

**Purpose** – to determine the actual issues of the formation of the public health system in Ukraine.

**Materials and methods.** The methods of information-analytical and comparative have been applied.

**Results and conclusions.** There are no alternatives to creating a public health system in Ukraine. The absence of a special Law of Ukraine "On Public Health" and the shortcomings of current health legislation contribute to the creation of artificial obstacles to its formation. There is a sharp shortage of specialists in public health. It is impossible to build public health without permanent broad advocacy.

**KEY WORDS:** public health, public health center, public health personnel.

## Модель фінансування закладів охорони здоров'я на прикладі Франції в системі Т2А

ДВНЗ “Ужгородський національний університет”, м. Ужгород, Україна

**Мета** – вивчення та інтерпретація системи фінансування закладів охорони здоров'я Франції (Т2А) та механізму розподілу коштів на вторинному та третинному рівнях надання медичної допомоги населенню.

**Матеріали, методи та основна частина.** Було проаналізовано дані сучасної літератури, щодо фінансування системи охорони здоров'я Франції та механізму розподілу коштів на вторинному та третинному рівнях, та інтерпретовано їх для України.

**Висновки.** Аргументовано доцільність запровадження подібної моделі в Україні.

**Ключові слова:** модель фінансування, стаціонарна допомога, діяльність, розподіл коштів.

### ВСТУП

Наразі в Україні проводиться реформування системи охорони здоров'я, зокрема механізму фінансування закладів, що знаходяться під її юрисдикцією. Відтепер гроші “ходитимуть” за пацієнтом, а закладам охорони здоров'я (ЗОЗ) рекомендовано автономізуватися, тобто змінити організаційно-правову форму установи на некомерційне комунальне підприємство (НКП), щоб уникнути складностей з укладенням договорів із центральним закупівельником медичних послуг населенню, а саме Національною службою здоров'я України, а також з отриманням та розпорядженням коштів, які не є бюджетним фінансуванням. Таким чином, на відміну від ЗОЗ, що є бюджетними установами, планування діяльності яких відбувається відповідно до норм бюджетного законодавства, планування діяльності ОЗ, що є НКП, має відбуватися відповідно до норм господарського законодавства України [1, 3, 4].

Загалом, комунальне некомерційне підприємство – це підприємство, що створене за рахунок відокремленого майна територіальної громади з метою виконання функцій, що чітко визначені в його статуті. Слово “некомерційне” не означає, що підприємство не може отримувати прибуток. Некомерційність такого підприємства полягає в тому, що ЗОЗ має право займатися діяльністю, що приносить дохід, лише для досягнення мети, зазначеної у статуті, і відповідно до цієї мети [5].

У “Методичних рекомендаціях з питань перетворення закладів охорони здоров'я з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства” визначені наступні переваги перетворення ЗОЗ із бюджетної установи у НКП:

- керівник, що діє у статусі підприємства, отримує значно більшу свободу у розпорядженні активами та фінансами, формуванні кадрової політики, визначенні внутрішньої організаційної структури закладу;

- НКП має можливість самостійно встановлювати будь-які форми оплати праці працівників, що допускаються законодавством;

- фінансування ЗОЗ здійснюється на основі власного фінансового плану, що дозволяє таким установам бути більш гнучкими та самостійними;

- ЗОЗ мають право утворювати об'єднання з іншими закладами, що також діють у статусі підприємства, з метою перерозподілу функцій та спільної оптимізації

використання матеріальних, людських та фінансових ресурсів, а також наймати за договорами підряду лікарів фізичних осіб-підприємців (ФОП) [2].

Також дана організаційно-правова форма відкриває доступ до додаткових джерел фінансування ЗОЗ, а саме не заборонених діючим законодавством надходжень від фізичних та юридичних осіб: страхових компаній, роботодавців, благодійних організацій, пацієнтів тощо. НКП можуть отримувати оплату за надані сервісні послуги пацієнтам (наприклад, окремі палати) та іншим ЗОЗ і лікарям ФОП (ведення бухгалтерського обліку, закупівля ліків та витратних матеріалів, проведення тренінгів) [3].

Наразі відповідно до наказу МОЗ України від 19.03.2018 № 504 «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги» та постанови Кабінету Міністрів України від 28.03.2018 № 391 «Про затвердження вимог до надавача послуг з медичного обслуговування населення, з яким головними розпорядниками бюджетних коштів укладаються договори про медичне обслуговування населення» система первинної медико-санітарної допомоги активно реформується і МОЗ України сприяє даному процесу через забезпечення навчальних тренінгів та вебінарів керівникам, створення методичних розробок та онлайн конструктору для генерування пакету документів тощо. Та якщо механізм фінансування первинної ланки вже визначено керуючись законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19.10.2017 року № 2168-VIII [7], то фінансування вторинної та третинної ланки поки що залишається у сфері бюджетного законодавства, і механізм розподілу коштів не розроблено.

**Мета роботи** – вивчення та інтерпретація системи фінансування закладів охорони здоров'я Франції Т2А та механізму розподілу коштів на вторинному та третинному рівнях надання медичної допомоги населенню.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Дані сучасної літератури, щодо фінансування системи охорони здоров'я Франції та механізму розподілу коштів на вторинному та третинному рівнях було проаналізовано та інтерпретовано для України. Було використано бібліосемантичний метод, системного підходу та аналізу.

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

На початку 2000-х у Франції запровадили нову політику фінансування ЗОЗ на основі їх діяльності – T2A (фр. “tarification à l’activité”), як частину плану “Hôpital 2007”. Загалом T2A спрямована на підвищення прозорості фінансування медичної допомоги населенню, пов’язуючи безпосередньо фінансування з виробництвом медичних послуг, та має на меті покращення ефективності як установ, так і ринку в цілому. Дана система запроваджує конкуренцію, яка, як наслідок, стимулює ефективність та призводить до того, що вартість послуг коректно обчислюється виходячи з витрат на них.

T2A – є “справедливим” механізмом у тому сенсі, що певна вартість певної послуги розраховується за єдиним принципом для всіх закладів, що надають медичну допомогу. Однак, дана “справедливість” залежить від надійної класифікації діяльності по групам. Вкрай важливо, щоб ця класифікація була якісною, а групи досить однорідними. Так, щоб установи, в які звертаються пацієнти з більш тяжкими захворюваннями, не були обділені. Також важливо брати до уваги некеровані локальні екзогенні фактори, оскільки вони можуть мати значний вплив на витрати ЗОЗ [11].

До 2003 року лікувально-профілактичні установи Франції мали різні моделі фінансування в залежності від їх юридичної природи. Державні ЗОЗ та приватні установи, що були учасниками державної служби лікарень (participant au service public hospitalier), з 1983 року мали щорічну програму загальної дотації (dotation globale). Розрахунок проводився за кількістю ліжко-днів і поновлювався щороку на підставі даних попереднього року, скоригованого за коефіцієнтом зростання витрат на заклад.

В свою чергу приватні прибуткові медичні установи отримували компенсаційні виплати безпосередньо за проліковану патологію (винагорода за структуру) та виконані дії (винагорода приватних працівників охорони здоров’я), виходячи з перемінних історичних ставок, географічних особливостей та домовленостей з регіональними агентствами госпіталізації (agences régionales de l’hospitalisation).

Пакети виплат були обмежені національними кількісними цільовими показниками (objectifs quantifiés nationaux), спрямованими на забезпечення регулювання фінансування по відношенню до даної діяльності. Тому приватні установи вже отримували фінансування на основі діяльності, але з урахуванням змінних регіональних тарифів, а не єдиного національного тарифу.

Диспропорція, створена між державними та приватними неприбутковими установами з одного боку та приватними прибутковими установами з іншого боку, ускладнила механізми контролю фінансування та порівняння витрат двох секторів [8].

З 2000 року розпочався пілотний проект, розрахований на 5 років, щодо нових форм фінансування державних та приватних закладів охорони здоров’я на основі ціноутворення з урахуванням патології. Він мав на меті гармонізувати існуючі різні види фінансування з урахуванням специфіки кожного сектору та надати змогу

ефективніше керувати установами шляхом кращого розуміння власних витрат [8, 12].

Проте механізм впровадження реформи був різним для приватного та державного секторів. Під час здійснення даного проекту було обрано враховувати специфічні умови управління кожного сектора, щоб вони могли максимально комфортно адаптуватись до нової системи.

В державному секторі було вирішено частково зберегти загальне асигнування та доповнити фінансуванням на основі оцінки даних про діяльність. Дана частка кожен рік зростала: у 2004 р. – 10%, у 2005 р. – 25%, у 2006 р. – 35%, у 2007 р. – 50%, у 2008 р. – 100%. Це призвело до паралельного впровадження додаткової річної дотації, що виконувала роль буфера. Перехід до реформи приватного сектору здійснювався шляхом застосування коефіцієнту переходу.

Таким чином в 2008 р. T2A стала єдиним способом фінансування діяльності стаціонарів в сфері внутрішньої медицини, хірургії та акушерства державних та приватних установ. Відповідно до даної схеми об’єм фінансування залежить від виконаних дій, що призводять до оцінки витрат. Вартість кожного виду діяльності встановлюється щороку міністром охорони здоров’я через механізм GHM/GHS [8].

Даний механізм забезпечується програмою медикалізації інформаційних систем (programme de médicalisation des systèmes d’information, PMSI) – різновидом сертифікованого програмного забезпечення (ПЗ), що класифікує приналежність кожного пацієнта до “однорідної групи пацієнтів” (groupes homogènes de malades, GHM), з якою пов’язані “однорідні групи перебування” (groupe homogène de séjour, GHS). Кожен ЗОЗ самостійно приймає рішення, щодо вибору ПЗ на основі власних уподобань (ціни, інтерфейсу, підтримки тощо). Для кожного пацієнта ПЗ аналізує встановлений діагноз та виконані лікарські маніпуляції за алгоритмом, розробленим Міністерством Солідарності та Здоров’я Франції, і підбирає відповідну GHM [8, 13].

GHM є аналогом американських DRG (Diagnosis-Related Groups). Ці групи визначають певний обсяг медичної допомоги та догляду, що є необхідними для певного профілю пацієнтів. Групування проводиться на основі віку, статі, діагнозу, призначеної діагностики та лікування, тривалості перебування в стаціонарі і т.п. Таким чином, заклад отримує кошти не за пацієнта в нейрохірургічному відділенні, що займає ліжко, а за пацієнта старечого віку з інфарктом міокарду в анамнезі, якому було виконано субтотальну резекцію гліобластоми [11]. Станом на 2017 р. у Франції налічувалось 2300 GHM [8].

GHS визначає тариф GHM. Таким чином, кожна однорідна група пацієнтів відповідає певній однорідній групі перебування (або декільком за винятками), яка в свою чергу надає медичним установам право на відшкодування витрат за госпіталізацію пацієнта. Звідси і виходить, що прибуток ЗОЗ, що надають вторинну та третинну медичну допомогу, безпосередньо залежить від їхньої діяльності [11].

Застосування цих двох основних принципів, а саме визначення GHM та політика ціноутворення, дуже сильно відрізняється в різних країнах, що має суттєвий вплив на ефективність установ та функціонування ринку лікарень в цілому [8].

У простій формі T2A дохід (Д) закладу (з) збільшується лінійно, відповідно до кількості пацієнтів (К) в кожній GHS, які перебувають в ЗОЗ, помноженої на ціну (Ц) кожної GHS (г):

$$D_3 = \sum (K_r * C_r)$$

Але насправді, дохід лікувально-профілактичного закладу ніколи не визначається виключно кількістю пацієнтів, що були госпіталізовані. У всіх країнах, де було введено T2A, і Франція не виняток, лікарні отримують дохід і в інших формах. Наприклад, на дослідження та освіту, а також на покриття фіксованих витрат, що пов'язані із забезпеченням певних послуг медичного догляду (наприклад, служби швидкої медичної допомоги), або витрат, пов'язаних з місцевими особливостями. До них відносять географічні та соціально-демографічні аспекти регіону, що визначають проблеми доступу до медичної допомоги (в реаліях України до таких регіонів можна віднести віддалені райони Закарпаття). Поєднання вказаних "інших" доходів варіюється в залежності від країни, а інколи і у часі. Таким чином до вищевказаної формули додається додаткове джерело прибутку (П) закладу (з), і вона приймає наступний вигляд [11]:

$$D_3 = \sum (K_r * C_r) + P_3$$

В системі охорони здоров'я Франції до даних джерел фінансування відносяться завдання, що становлять загальний інтерес та підтримують внутрішню контактуалізацію (*les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation interne, MIGAC*), що також включають завдання щодо освіти, дослідницької роботи, відношень та інновацій (*les missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation, MERRI*). Таке фінансування фактично стосується діяльності, що або не відноситься до лікування пацієнта (профілактичні заходи, скринінг) або потребує постійності незалежно від фактичного рівня діяльності (екстрена медицина, центри контролю за інфекційними хворобами). Вищезазначені завдання чітко ідентифіковані та виплачуються закладу відповідно до національного списку. Певні заходи, такі як надзвичайні ситуації, координація донорства та трансплантації органів, визначаються фіксованою ставкою. Деякі дороговартісні препарати та медичне обладнання також забезпечуються окремо [8].

Як вже було зазначено, у Франції виключно за системою T2A фінансується лише стаціонари, що відносяться до внутрішньої медицини, хірургії та акушерства. Психіатрія і госпіталізація на дому (*l'hospitalisation à domicile*) дотепер повністю фінансуються за принципом глобальних дотацій, а витрати на реабілітацію покриваються на 90% глобальною дотацією і на 10% T2A. Але з часом всі сфери повинні перейти на 100% фінансування за T2A.

Модель ціноутворення на основі діяльності змінює фінансові стимули (наприклад, ціни) у відношенні до виробничої діяльності. У більшості європейських систем охорони здоров'я (наприклад, Великобританії) T2A запроваджується для стимулювання та збільшення

госпітальної активності, щоб скоротити час очікування послуг, особливо у випадку планових операцій.

Це є основою договорів за принципом об'єму/ціни, визначених GHS. Є два ключові параметри для такого типу угоди: по-перше, необхідно визначити цільовий рівень активності, тобто мету (М), для кожного закладу. В загальному цей рівень відповідає історичним даним, але може змінюватися в міру необхідності. До досягнення даного рівня заклад отримує стандартну виплату за кожну GHS. Далі необхідно вирішити, яким буде об'єм виплат за випадки госпіталізації, що виходять за межі цільового рівня активності використовуючи коефіцієнт (коэф). Формально, функція прибутку приймає наступний вигляд [11, 14]:

$$D_3 = \sum [M_r * C_r + (K_r - M_r) * \text{коэф} * C_r] + P_3$$

У всіх країнах, що впроваджують T2A, в той чи інший момент виникають три основні виклики: необґрунтоване скорочення тривалості перебування пацієнтів в стаціонарі, відмова від госпіталізації низькооплачуваних GHS та, навпаки, штучне формування попиту на певні види "вигідних" послуг та незначні оперативні втручання. Тому без ретельного планування потенціалу ЗОЗ з прийому пацієнтів, що є дещо вищим встановленого цільового рівня активності, T2A може послабити контроль над витратами на лікарню. Як наслідок, здатність замовника медичних послуг контролювати потребу в лікарняній допомозі стає першорядною з даною системою [10].

Якість даних, що використовуються для побудови та застосування T2A, а також вибірка класифікації та методів мають важливе значення для її належного функціонування. Двома суттєвими елементами в цьому контексті є правила побудови GHS та визначення способу обчислення витрат на GHS [11].

Та незважаючи на потенційні складнощі, подібні схеми фінансування ЗОЗ на основі їх діяльності при правильному управлінні та створенні здорових ринкових відносин доводять свою ефективність й доцільність та, крім Франції, були впроваджені у багатьох розвинених країнах світу: Бельгії, США, Данії, Великобританії, Сінгапурі тощо [9].

## ВИСНОВКИ

Ми вважаємо, що запровадження подібної системи фінансування стаціонарної допомоги населенню в Україні є необхідним задля покращення якості надання медичних послуг, тим більше що відтепер є можливість у зв'язку з ререєстрацією ЗОЗ з бюджетних установ у НКП. Виходячи з недоцільного використання ліжкових фондів [6] і їх невідповідного фінансування за теперішньою системою розподілу коштів, нова система диференціює установи та відділення, що активно працюють і заслуговують кращого фінансування та визнання, незалежно від наявної кількості ліжок в них. За рахунок прозорості системи керівники ЗОЗ та персонал чітко будуть знати звідки і на що беруться кошти.

Важливими є ретельна підготовка до реформи, а саме створення GHS, визначення вартості GHS, розробка ПЗ тощо, та поступовий перехід до нової системи з періодом змішаного фінансування, що може бути

забезпечене на основі конституції України (стаття № 49) та Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення». Також керуючись багатим досвідом інших країн, контролюючі органи можуть розробити ефективні стратегії попередження потенційних негативних ефектів реформи.

**Перспективи подальших досліджень** полягають в створенні в Україні інтегрованої моделі фінансування закладів охорони здоров'я, що надають стаціонарну допомогу, на основі їх діяльності.

### **ЛІТЕРАТУРА**

1. Етапи впровадження реформи фінансування системи охорони здоров'я закладами ПМД у 2018 році [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http://healthreform.in.ua/wp-content/uploads/2018/08/USAID\\_етапи-впровадження-реформи\\_2018\\_interactiv\\_1.pdf](http://healthreform.in.ua/wp-content/uploads/2018/08/USAID_етапи-впровадження-реформи_2018_interactiv_1.pdf). – Назва з екрану.
2. Методичні рекомендації з питань перетворення закладів охорони здоров'я з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства / [Т. Гавриш, А. Зінчук, О. Калініна та ін.]. – Київ : МОЗ України, 2017. – 55 с.
3. Методичні рекомендації з питань перетворення закладів охорони здоров'я з бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства. Оновлена версія / [П. Брагінський, В. Бронова, Т. Гавриш та ін.]. – Київ : МОЗ України, 2018. – 84 с.
4. Про суть автономізації | Підтримка у впровадженні реформи первинної медичної допомоги [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://healthreform.in.ua/автономізація-полягає-в-тому-щоб-дозв/>. – Назва з екрану.
5. Рогач І. М. Розвиток та організація нейрохірургічної служби Закарпатської області / І. М. Рогач, М. М. Смірнов, Р. Ю. Погоріляк // Україна. Здоров'я нації. – 2016. – № 4 (1). – С. 177–180.
6. Рогач І. М. Характеристика використання ліжкового фонду для стаціонарного лікування дорослого населення з хворобами нервової системи в Закарпатській області / І. М. Рогач, М. М. Смірнов, А. О. Керецман, В. В. Жорник // Україна. Здоров'я нації. – 2018. – № 1. – С. 83–89.
7. Фінансовий план надавача ПМД | Підтримка у впровадженні реформи первинної медичної допомоги [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [http://healthreform.in.ua/finace\\_phc/](http://healthreform.in.ua/finace_phc/). – Назва з екрану.
8. Financement des établissements de santé – Ministère des Solidarités et de la Santé [Ressource électronique]. – Mode d'accès: <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/financement-des-etablissements-de-sante-10795/article/financement-des-etablissements-de-sante>. – Titre de l'écran.
9. Kimberley J. The Globalization of Managerial Innovation in Health Care // J. Kimberley, G. de Pourville, T. d'Aunno. – New York : Cambridge university Press, 2008. – 394 p.
10. Moisson J.-C. Une histoire de la T2A / J.-C. Moisson // Journal de gestion et d'économie médicales. – 2013. – № 2. – P. 107–120.
11. Or Z. Principes et enjeux de la tarification à l'activité à l'hôpital (T2A) / Z. Or, T. Renaud. – Paris : IRDES, 2009. – 29 p.
12. Quiz de la T2A [Ressource électronique]. – Mode d'accès: [social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Quiz\\_de\\_la\\_T2A.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Quiz_de_la_T2A.pdf). – Titre de l'écran.
13. Rimler S. B. Diagnosis-related Groups and Hospital Inpatient Federal Reimbursement / S. B. Rimler, B. D. Gale, D. L. Reede // RadioGraphics. – 2015. – № 35:6. – P. 1825–1834.
14. Street A. Activity based financing in England: the need for continual refinement of payment by results / A. Street, A. Maynard // Health Economics, Policy and Law. – 2007. – № 2. – P. 419–427.

**Дата надходження рукопису до редакції:** 05.10.2018 р.

**Модель финансирования учреждений здравоохранения на основе деятельности на примере Франции в системе Т2А**

*И.М. Рогач, Г.А. Слабкий, Н.Н. Смирнов, В.В. Жорник*  
ГВУЗ «Ужгородский национальный университет»,  
г. Ужгород, Украина

**Цель** – изучение и интерпретация системы финансирования учреждений здравоохранения Франции (Т2А) и механизма распределения средств на вторичном и третичном уровнях оказания медицинской помощи населению.

**Материалы, методы и основная часть.** Были проанализированы данные современной литературы по финансированию системы здравоохранения Франции и механизма распределения средств на вторичном и третичном уровнях и интерпретировано их для Украины.

**Выводы.** Аргументированно целесообразность введения подобной модели в Украине.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** модель финансирования, стационарная помощь, деятельность, распределение средств.

**Financing model of healthcare institutions based on the example of France within the T2A system**

*G.O. Slabkiy, I.M. Rogach, M.M. Smirnov, V.V. Zhornyk*  
SU "Uzhhorod National University", Uzhhorod, Ukraine

The **purpose** was to study and interpret the financing system of healthcare institutions in France (T2A) and the mechanism of distribution of funds at the secondary and tertiary levels of medical care.

**Materials, methods and main part.** The data from the modern literature about the financing of the French healthcare system and the mechanism of distribution of funds at the secondary and tertiary levels were analyzed and interpreted for Ukraine.

**Conclusions.** The reasonability of introducing of the same model in Ukraine was reasoned.

**KEY WORDS:** financing model, inpatient care, activity, distribution of funds.

**ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ**

**Рогач Іван Михайлович** – д.мед.н., проф., завідувач кафедри соціальної медицини та гігієни ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

**Слабкий Геннадій Олексійович** – д.мед.н., проф., завідувач кафедри громадського здоров'я ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

**Смирнов Микита Миколайович** – аспірант кафедри соціальної медицини та гігієни ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

**Жорник Віталіна Василівна** – студент медичного факультету ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.



## Перспективи використання молекулярно-біологічних маркерів при ортопедичній реабілітації стоматологічних хворих з захворюваннями тканин пародонту

Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя, Україна  
<sup>1</sup>Кафедра терапевтичної, ортопедичної та дитячої стоматології  
<sup>2</sup>Кафедра клінічної лабораторної діагностики

**Мета** – провести огляд літературних джерел, присвячених проблематиці використання молекулярно-біологічних маркерів в імплантації та ортопедичній реабілітації стоматологічних хворих при наявності дефектів зубних рядів і захворювань тканин пародонту.

**Матеріали та методи.** Використано вітчизняні та іноземні літературні джерела, дані яких вивчені і проаналізовані за допомогою описового методу дослідження.

**Результати.** При реабілітації пацієнтів з дефектами зубних рядів і захворюваннями пародонту за допомогою імплантологічного лікування і різних видів ортопедичних конструкцій перспективними є визначення рівня кісткового сіалопротеїну, остеокальцину, ММР-8, остеопротегерину. Маркером метаболізму кісткової тканини є остеокальцин, остеобластспецифічний неколагеновий протеїн, що продукується та секретується остеобластами і остеоцитами. Основна біологічна роль ОК полягає в реалізації проостеобластичного ефекту та формуванні кісткової тканини, реалізується за допомогою специфічних ОК-рецепторів Кістковий сіалопротеїн є одним з основних продуктів синтетичної функції активних остеобластів і одонтобластів, бере участь в ініціалізації кристалізації гідроксиапатиту (мікроскопічні частинки мінералізованих тканин) і у взаємодії між клітинами та мінералізованим матриксом кістки. При формуванні кістки він з'являється одночасно з початком мінералізації. Матриксні металлопротеїнази є ключовими протеазами, які беруть участь у пародонтиті та пов'язані з пародонтологічним статусом. Остеопротегерин впливає на регуляцію кісткового метаболізму. Він пригнічує резорбцію кістки і з високою афінністю зв'язується зі своїм лігандом RANKL, таким чином, запобігаючи зв'язуванню RANKL з рецептором RANK.

**Висновки.** Визначення рівня біологічних маркерів ротової рідини є перспективним діагностичним методом, не вимагає спеціальної підготовки від лікаря-стоматолога, є малоінвазивною методикою, і дозволить оцінити саме поточний стан тканин протезного ложа, що дозволить раціонально спланувати вид ортопедичної реабілітації стоматологічних хворих і контролювати процеси адаптації.

Стоматологічна допомога відноситься до одного з наймасовіших видів медичної допомоги. Забезпечення її якості завжди розглядалося медичною громадськістю як одне з пріоритетних завдань.

Ортопедичне лікування пацієнтів з дефектами оклюзійної поверхні зубів і зубних рядів, особливо із захворюваннями тканин пародонту і слизової оболонки рота є актуальною проблемою сучасної стоматології.

За даними ВООЗ, частковою відсутністю зубів страждає до 75% населення в різних регіонах світу. Клінічні спостереження показують, що причиною адентії в більшості випадків являється генералізований пародонтит – запально-деструктивне захворювання тканин пародонту, яке характеризується запаленням ясен, утворенням пародонтальних кишень і прогресуючою деструкцією альвеолярного відростка, що в свою чергу потребує дентальної імплантації та ортопедичної реабілітації [1]. Пародонтит вважається одним із найпоширеніших захворювань в світі, з поширеністю 15-20% [2]. Більш того, пародонтит пов'язаний з іншими серйозними захворюваннями, такими як ішемічна хвороба серця, карцинома голови та шиї та хронічне обструктивне захворювання легень [3-5].

Високий рівень ускладнень стоматологічних захворювань після надання ортопедичної стоматологічної

допомоги пояснюється в більшості випадків виключно замісним підходом до зубного протезування. Особливого значення набуває проблема якості надання стоматологічної ортопедичної допомоги при лікуванні дефектів зубних рядів незнімними та знімними конструкціями протезів. Помилки в плануванні лікування, низький рівень підготовки порожнини рота до протезування, помилки клінічного і технологічного характеру призводять до ранньої втрати зубів і збільшення числа хворих у молодому віці, які потребують ортопедичного стоматологічного лікування із застосуванням часткових знімних або повних знімних зубних протезів. За численними дослідженнями фарфорові, металокерамічні та інші сучасні види незнімних зубних протезів, що виготовляються із застосуванням сучасних матеріалів і технологій, повинні були б докорінно змінити якість ортопедичного стоматологічного лікування, однак виявлені різноманітні ускладнення, що вкорочують терміни використання найдосконаліших і ефективних конструкцій [6].

Причинами ускладнень та передчасного зняття раніше виготовлених незнімних зубних протезів, можна вважати захворювання пародонту у хворого в момент протезування або пародонтит, що виник після фіксації протезів у різні терміни, низьку якість ендодонтичної підготовки опорних зубів, а також неправильний вибір конструкції зубного протеза, недосконалу механічну

обробку твердих тканин зуба і її наслідки, недосконалі фіксуючі цементи, проблеми краю коронки і її герметичності [6].

На даний час відсутні стандартні критерії ефективності ортопедичного лікування. На практиці визначають тільки функціональні та естетичні якості протезів, що дають лише загальні характеристики. Наявні методи більш детальної оцінки протезів та їх впливу на тканини пародонту (ЕМГ, доплерографія, реографія, полярографія, функціональні проби) являються напрямком роботи наукових досліджень та не дозволяють використовувати їх у практичній сфері [7].

У той же час оцінка віддалених результатів ортопедичної реабілітації, аналіз ускладнень, пов'язаних з імплантацією та протезуванням, дозволяють оцінити фактори ризику, властиві різним видам ортопедичних конструкцій, обґрунтувати доцільність їх застосування і прогнозувати результати лікування.

Широка поширеність запальних захворювань пародонту, особливо зумовлених нераціонально обраним зубним протезуванням, змушує шукати нові прогностично вагомі показники вибору методу ортопедичної реабілітації. У свою чергу правильний вибір методу лікування, вид ортопедичної конструкції вирішальним чином впливають на ефективність і стабільність ортопедичного лікування часткової відсутності зубів [8–10]. Особливої уваги заслуговує вивчення складу ротової рідини, що наряду з плазмою крові відображає більшість патобіохімічних процесів [11].

Традиційні клінічні тести (зондування, визначення кровоточивості, гігієнічні та пародонтальні індекси, рентгенограми), що використовуються для діагностики пародонту, часто мають обмежену користь, оскільки вони є показниками попереднього захворювання, а не активного процесу. Існує потреба в розробці нових діагностичних тестів, які можуть виявити наявність активного захворювання, передбачити прогресування хвороби в майбутньому та оцінити відповідь на пародонтологічну терапію, тим самим поліпшуючи клінічне лікування хворих та результати ортопедичної реабілітації. Дослідження діагностики захворювань пародонту рухаються у напрямку до методів, за допомогою яких пародонтальний ризик можна ідентифікувати та кількісно оцінити об'єктивними методами [12].

У зв'язку з вищезазначеним виникає необхідність впровадження нових інформативних, малоінвазивних методів оцінки стану протезного ложа при плануванні імплантологічного лікування та оцінці ефективності проведеної ортопедичної реабілітації, що можуть використовуватись в практичній сфері.

Таким методом являється визначення рівня біологічних маркерів запальних процесів в ротовій рідині. Основне завдання біологічних маркерів полягає у ранньому виявленні хвороби та більш інформативному визначенні ефективності лікування. За допомогою методу імуноферментного аналізу складу ротової рідини можливо визначати активність речовин, що приймають участь у метаболізмі при запальних захворюваннях порожнини рота [13, 14].

Раннє виявлення та втручання при пародонтиті має велике значення. Диференціювання пацієнтів з наявністю

деструктивного пародонтиту від здорових людей є простим на професійному рівні, в основному покладаються на клінічні діагностичні критерії, такі як глибина зондування, рівень прикріплення, кровотеча від зондування, пародонтальні індекси та рентгенографічна оцінка [15]. Проте рання стадія та/або прогресування залишається проблемою для стоматолога на основі вищевказаних клінічних діагностичних критеріїв [16]. Ротова рідина має переваги в тому, що вона легко та неінвазивно збирається, тому біомаркери з ротової рідини являються перспективними для раннього виявлення пародонтиту.

Протягом останніх років великі зусилля були зроблені для вивчення молекулярно-біохімічних маркерів. Оскільки пародонтит є запальною реакцією, що приводить до пошкодження і деструкції опорних тканин зуба. Компоненти екстрацелюлярного матриксу, такі як колаген, фібронектин і протеоглікани є основними структурними біополімерами, що забезпечують цілісність тканин. Запальний процес призводить до посилення секреції прозапальних цитокінів, таких як інтерлейкін (IL) -1 $\alpha$ , IL-1 $\beta$ , IL-6 та фактор некрозу пухлини  $\alpha$  (TNF- $\alpha$ ) [17].

Виявлення біомаркерів в ротовій рідині є неінвазивними, легко доступними та економічно вигідними, і було показано, що деякі види біомаркерів слини пов'язані як із захворюваннями зубо-щелепною системою, так і з системними захворюваннями [18]. Як зазначено вище, рівень біомаркерів ротової рідини, таких як IL-1, IL-6 та MMP-8, був значно підвищений у пацієнтів з пародонтитом у порівнянні із здоровими контрольними пацієнтами [19].

Матриксні металопротеїнази є ключовими протеазами, що беруть участь у пародонтиті та пов'язані з пародонтологічним статусом [20]. Колаген типу I складає більшу частину позаклітинного матриксу пародонту, тому особливу увагу було приділено колагеназам та желатиназам, таким як MMP-8, MMP-13, MMP-2 і MMP-9 при пародонтиті. Оскільки колаген типу I складає більшу частину позаклітинного матриксу пародонту, тому ретельного вивчення потребують колагенази [21] MMP – цинкзалежні ендопептидази, що виділяються, в основному, поліморфноядерними лейкоцитами (ПЯЛ) в активній фазі періодонтиту і відповідальні за деградацію матриксу [22, 23]. Серед них MMP-8 є основною колагеназою при пародонтиті; крім того, від 90 до 95% колагенолітичної активності в ясенній рідині походить від MMP-8 [24]. MMP-8 синтезується диференційованими гранулоцитами в кістковому мозку і накопичується в специфічних гранулах циркулюючих нейтрофілів. Однак, є й інші клітинні джерела MMP-8, такі як клітини епітелію ясенної борозни, фіброласти ясен і періодонтальної зв'язки, моноцити, макрофаги, плазматичні клітини [25].

Таким чином, MMP-8 в даний час вважається одним з найбільш перспективних біомаркерів для діагностики пародонтиту в ротовій рідині. Хоча, деякі дослідження показали високий рівень MMP-8 ротової рідини у пацієнтів з пародонтитом у порівнянні зі здоровими особами [26], інші дослідження показали протилежні або суперечливі результати [27]. Відзначена кореляція MMP-8 з клінічними показниками хронічного періодонтиту – глибиною періодонтальної кишені і рівнем епітеліального прикріплення, тому концентрація MMP-8 в слині може бути індикатором не тільки тяжкості, але і активності

захворювання. Встановлено значне зниження активності MMP-8 в ясенній рідині після успішно проведеної періодонтальної терапії [28, 29].

При реабілітації пацієнтів з дефектами зубних рядів та захворюваннями пародонту за допомогою імплантологічного лікування та різноманітних видів ортопедичних конструкцій перспективними являються визначення рівня кісткового сіалопротейну та остеокальцину.

Маркером метаболізму кісткової тканини є остеокальцин (ОК, кістковий Gla-протеїн), який являє собою низькомолекулярний короткий (49 амінокислотних залишків) остеобластспецифічний неколагеновий протеїн, що продукується і секретується остеоцитами і остеоцитами [30]. Синтез ОК знаходиться під контролем активної форми вітаміну D3 (1,25 (ОН) 2-D3) [31]. Секреція ОК відбувається у відповідь на остеобластичні диференціювання або зміни мікрооточення остеобластів у вигляді дозрівання остеоцитів [32]. При цьому абсолютний пул знову синтезованого ОК фіксується в матриці кісткової тканини і лише незначна його кількість знаходиться в периферичній крові [33].

Основна біологічна роль ОК полягає в реалізації проостеобластичного ефекту і формуванні кісткової тканини, що реалізується за допомогою специфічних ОК-рецепторів (GPRC6A-рецептори). Крім того, ОК регулює гомеостаз глюкози, фертильну функцію, ендокринну активність адипоцитів і клітин гонад, а також чутливість тканин до інсуліну [34, 35]. Існують докази того, що рівень циркулюючого ОК негативно корелює з масою жирової тканини і рівнем глюкози натще. При цьому лептин здатний надавати потенціуючий вплив на процес карбоксилювання ОК, забезпечуючи таким чином взаємодію ендокринних функцій жирової і кісткової тканин [36]. Таким чином, ОК є не тільки регулятором остеобластогенезу, але і модулятором енергетичного метаболізму. Тканини пародонту, які піддаються механічному навантаженню, такі як ортодонтична сила, значно підвищують експресію остеокальцину в тканинах [37].

Синтез кісткового сіалопротейну (BSP) регулюється гормонами, факторами росту і цитокінами через тірозінкіназний, мітоген-активованій протеїнкіназний (MAPK) і cAMP-залежний шляхи. Він становить 12% неколагенових білків кісткового матриксу, виявляється в

місці формування остеобластів і є одним з основних продуктів синтетичної функції активних остеобластів (ПРО) і одонтобластів. Синтезується також фібробластами, гіпертрофованими хондроцитами, остеоцитами і трофобластами. BSP містить послідовність Arg-Gly-Asp (RGD), необхідну для прикріплення клітин до поверхні кісткового матриксу. BSP бере участь в ініціалізації кристалізації гідроксиапатиту (мікроскопічні частинки мінералізованих тканин) і у взаємодії між клітинами і мінералізованих матриксом кістки. У кістки, що формується він з'являється одночасно з початком мінералізації. Припускають, що частково цей білок включається у знов сформований остеоїд, а частково виявляється на його поверхні, де сприяє адгезії остеоцитами (ОК). У процесі резорбції кістковий сіалопротейн переходить в позаклітинну рідину і далі в судинне русло [38].

Остеопротегерин (OPG) належить сімейству рецептора TNF, експресується остеоцитами. Показано, що OPG впливає на регуляцію кісткового метаболізму. Він пригнічує резорбцію кістки і з високою афінністю зв'язується зі своїм лігандом RANKL, таким чином, запобігаючи зв'язуванню RANKL з рецептором RANK. Ця система регулюється кальцій-залежними гормонами і гуморальними факторами. OPG також грає роль в регуляції імунної відповіді, взаємодії між Т-клітинами і DCs, діючи в якості рецептора-пастки [39].

## ВИСНОВКИ

Отже визначення рівня біологічних маркерів ротової рідини являється перспективним діагностичним методом, не потребує спеціальної підготовки від лікаря-стоматолога, є малоінвазивною методикою, та дозволить оцінити саме поточний стан тканин протезного ложа, що дозволить раціонально спланувати вид ортопедичної реабілітації стоматологічних хворих та контролювати процеси адаптації.

**Перспективи подальших досліджень** полягають у створенні науково-обґрунтованого протоколу використання молекулярно-біохімічних маркерів при імплантологічній та ортопедичній реабілітації стоматологічних хворих.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Pihlstrom BL, Michalowicz BS, Johnson NW. Periodontal diseases. Lancet 2005;366:p.1809–20.
2. Kassebaum NJ, Bernabe E, Dahiya M, et al. Global burden of severe periodontitis in 1990–2010: a systematic review and meta-regression. J Dent Res 2014;93;p.1045–53.
3. Leng WD, Zeng XT, Kwong JS, et al. Periodontal disease and risk of coronary heart disease: an updated meta-analysis of prospective cohort studies. Int J Cardiol 2015;201; p. 469–72.
4. Zeng XT, Deng AP, Li C, et al. Periodontal disease and risk of head and neck cancer: a meta-analysis of observational studies. PloS One 2013 Oct 23;8(10):e79017. doi: 10.1371/journal.pone.0079017. eCollection 2013.
5. Zeng XT, Tu ML, Liu DY, et al. Periodontal disease and risk of chronic obstructive pulmonary disease: a meta-analysis of observational studies. PLoS One. 2012;7(10):e46508. doi: 10.1371/journal.pone.0046508. Epub 2012 Oct 19. Nat Med. 2013 Feb;19(2):179-92. doi: 10.1038/nm.3074. Epub 2013 Feb 6.
6. Сирунянц И. В. Результаты ортопедического лечения дефектов зубов и зубных рядов несъемными конструкциями протезов : автореферат дис. ... кандидата медицинских наук : 14.00.21. – Краснодар, 1999. – 20 с.: ил. РГБ ОД, 999-5/2873-Х.

7. Миргазизов М. З. Профессиональные стандарты диагностики и лечения с использованием дентальных имплантатов // Казанский вестник стоматологии. – 1996, №2. – С. 124-126.
8. Каливрадджян Э.С., Алабовский Д.В. Клинико-экспериментальное исследование состояния твердых тканей опорных зубов после снятия несъемных протезов // Прикладные информационные аспекты. Воронеж, 1999. - Т. 2, № 1. - С. 72-77.
9. Матвеева А.И., Гветадзе Р.Ш., Гаврюшин С.С., Повышения эффективности ортопедического лечения больных на основе математического моделирования перспективных конструкций имплантатов // Стоматология. – 1997. - № 5. - С. 44-48.
10. Арутюнов С.Д. Е.Н.Чумаченко, В.Н.Копейкин, В.А.Козлов, И.Ю.Лебедеенко Математическое моделирование и расчёт напряженно-деформированного состояния металлокерамических зубных протезов // Стоматология. – №4. – 1997. – С. 47-51.
11. Совцова, К.Э. Клинико-биохимическое исследование ротовой жидкости у больных пародонтитом / К.Э. Совцова, В.Б. Бородулин, Н.А. Вельская // Здоровье и образование в XXI веке. Науч. труды IX междунар. конгресса. – М., 2008. – С.460-461.
12. Zia A, Khan S, Bey A, Gupta ND, Mukhtar-Un-Nisar S Oral biomarkers in the diagnosis and progression of periodontal diseases// *Biology and Medicine*, 3 (2) Special Issue: 45-52, 2011.
13. Tervahartiala T. Tumor necrosis factor-alpha and its receptors in gingiva of adult periodontitis / T. Tervahartiala, H. Koski, J. W. Xu et al. // *Journal of Dental Research*. 2001. – Vol. 80. – P. 1535-1539.
14. Rawlinson A. Interleukin-1 and IL-1 receptor antagonist in gingival crevicular fluid / A. Rawlinson, M. H. Dalati, S. Rahman et al. // *J. Clin Periodontol.* – 2000. – № 27. – P. 738-743.
15. Gupta N, Gupta ND, Gupta A, Khan S, Bansal N. Role of salivary matrix metalloproteinase-8 (MMP-8) in chronic periodontitis diagnosis. // *Front Med*. 2015 Mar;9(1):72-6. doi: 10.1007/s11684-014-0347-x. Epub 2014 Aug 6.
16. Ghiabi E, Weerasinghe S. The periodontal examination profile of general dentists in Nova Scotia, Canada // *J Periodontol*. 2011 Jan;82(1):33-40. doi: 10.1902/jop.2010.100348. Epub 2010 Jul 14.
17. Silswal N, Singh AK, Aruna B, Mukhopadhyay S, Ghosh S, Ehtesham NZ. Human resistin stimulates the pro-inflammatory cytokines TNF-alpha and IL-12 in macrophages by NF-kappaB-dependent pathway. *Biochem Biophys Res Commun*. 2005 Sep 9;334(4):1092-101.
18. Rathnayake N, Akerman S, Klinge B, Lundegren N, Jansson H, Tryselius Y, Sorsa T, Gustafsson A. Salivary biomarkers of oral health: a cross-sectional study. *J Clin Periodontol*. 2013 Feb;40(2):140-7. doi: 10.1111/jcpe.12038. Epub 2012 Nov 22.
19. Ebersole JL, Schuster JL, Stevens J, Dawson D, Kryscio RJ, Lin Y, Thomas MV, Miller CS. Patterns of salivary analytes provide diagnostic capacity for distinguishing chronic adult periodontitis from health. *J Clin Immunol*. 2013 Jan;33(1):271-9. doi:10.1007/s10875-012-9771-3. Epub 2012 Aug 29.
20. Nilminie Rathnayake, Anders Gustafsson, Anna Norhammar, Barbro Kjellström, Björn Klinge, Lars Rydén, Taina Tervahartiala, Timo Sorsa Salivary Matrix Metalloproteinase-8 and -9 and Myeloperoxidase in Relation to Coronary Heart and Periodontal Diseases: A Subgroup Report from the PAROKRANK Study (Periodontitis and Its Relation to Coronary Artery Disease) *PLoS One*. 2015; 10(7): e0126370. Published online 2015 Jul 1. doi: 10.1371/journal.pone.0126370.
21. Franco C, Patricia HR, Timo S, Claudia B, Marcela H. Matrix Metalloproteinases as Regulators of Periodontal Inflammation. *Int J Mol Sci*. 2017 Feb 17;18(2). pii: E440. doi: 10.3390/ijms18020440.
22. Andonovska B., Dimova C., Panov S. Matrix metalloproteinases (MMP-1, -8, -13) in chronic periapical lesions. *Vojnosanit Pregl*. 2008 Dec;65(12):882-6.
23. Соловьева Н. И. Матриксные металлопротеиназы и их биологические функции // *Ж. Биоорг. химия*. 1998. № 24. С. 217–226.
24. Ingman, T. Matrix metalloproteinases and their inhibitors in gingival crevicular fluid and saliva of periodontitis patients / T. Ingman [et al.] // *J. Clin. Periodontol*. 1996. Vol. 23. P. 1127–1132 [PubMed].
25. Birkedal-Hansen, H. Role of matrix metalloproteinases in human periodontal diseases / H. Birkedal-Hansen // *J. Periodontol*. 1993. Vol. 64. P. 474–484 [PubMed].
26. Lin Zhang, MSc, RN, Xiue Li, RN, Hong Yan, RN and Lei Huang, Salivary matrix metalloproteinase (MMP)-8 as a biomarker for periodontitis A PRISMA-compliant systematic review and meta-analysis *Medicine (Baltimore)*. 2018 Jan; 97(3): e9642. Published online 2018 Jan 19. doi: 10.1097/MD.00000000000009642.
27. Kushlinskii NE, Solovykh EA, Karaoglanova TB, et al. Content of matrix metalloproteinase-8 and matrix metalloproteinase-9 in oral fluid of patients with chronic generalized periodontitis. *Bull Exp Biol Med* 2011;152:240–4 [PubMed].
28. Figueredo, C.M. The short-term effectiveness of non-surgical treatment in reducing protease activity in gingival crevicular fluid from chronic periodontitis patients / C. M. Figueredo [et al.] // *J. Clin. Periodontol*. 2004. Vol. 31. P. 615–619 [PubMed].
29. Neiminen, A. The effect of treatment on the activity of salivary proteases and glycosidases in adults, with advanced periodontitis / A. Neiminen, L. Nordlund, V. J. Uitto // *J. Periodontol*. 1993. № 64. P. 297–301 [PubMed].
30. Baron R, Kneissel M. WNT signaling in bone homeostasis and disease: from human mutations to treatments. *Nat Med*. 2013 Feb;19(2):179-92. doi: 10.1038/nm.3074. Epub 2013 Feb 6.
31. Wei J, Karsenty G. An overview of the metabolic functions of osteocalcin. *Curr Osteoporos Rep*. 2015 Jun;13(3):180-5. doi: 10.1007/s11914-015-0267-y.

32. Fukumoto S, Martin TJ. Trends Endocrinol Metab. 2009 Jul;20(5):230-6. doi: 10.1016/j.tem.2009.02.001. Epub 2009 Jun 21. Review.
33. Garnero, P., & Delmas, P. D. (1997). 4 Bone markers. Baillière's Clinical Rheumatology, 11(3), 517–537. doi:10.1016/s0950-3579(97)80018-0.
34. Wei J., Karsenty G. (2015) An overview of the metabolic functions of osteocalcin. Curr. Osteoporos. Rep [Epub ahead of print].
35. Shao J., Wang Z., Yang T., et al. (2015) Bone regulates glucose metabolism as an endocrine organ through osteocalcin. Int. J. Endocrinol., 967673.
36. Wei J., Karsenty G. (2015) An overview of the metabolic functions of osteocalcin. Curr. Osteoporos. Rep [Epub ahead of print].
37. Hidefumi Maeda, Naohisa Wada, Atsushi Tomokiyo, Satoshi Monnouchi. International Review of Cell and Molecular Biology. Volume 304, 2013, Pages 283-367 [PubMed].
38. Ganss B, Kim RH, Sodek J. Bone sialoprotein. Crit Rev Oral Biol Med. 1999;10(1):79-98.
39. Patil A, Jayade VP (2006) Advances in Biology of Orthodontic Tooth Movement. A Review. J Ind Orthod Soc 39: P. 155-164.

*Дата надходження рукопису до редакції: 14.09.2018 р.*

**Перспективи використання молекулярно-біологічних маркерів при ортопедическій реабілітації стоматологічних больних с захворюваннями тканин пародонта**

*В.Н. Романюк, А.В. Возний<sup>1</sup>, С.В. Павлов<sup>2</sup>*

Запорозький державний медичний університет,  
<sup>1</sup>Кафедра терапевтичної, ортопедическої  
і дитячої стоматології

<sup>2</sup>Кафедра клінічної лабораторної діагностики

**Цель** – провести обзор літературних джерел, присвячених проблематиці використання молекулярно-біологічних маркерів в імплантації і ортопедическій реабілітації стоматологічних больних при наявності дефектів зубних рядів і захворюваннях тканин пародонта.

**Матеріали і методи.** Використані вітчизняні і іноземні літературні джерела, дані яких вивчені і проаналізовані з допомогою описательного методу дослідження.

**Результати.** При реабілітації пацієнтів з дефектами зубних рядів і захворюваннями пародонта з допомогою імплантологічного лікування і різних видів ортопедических конструкцій перспективними є визначення рівня костного сіалопротеїну, остеокальцину, MMP-8, остеопротегерину. Маркером метаболізму костної тканини є остеокальцин, остеобластспецифічний неколагеновий протеїн, продуцируемый і секретируючий остеобластами і остеоцитами.

Основна біологічна роль ОК заключається в реалізації проостеобластичного ефекта і формуванні костної ткани, реалізується з допомогою специфічних ОК-рецепторів Костний сіалопротеїн є одним з основних продуктів синтетическої функції активних остеобластів і одонтобластів, бере участь в ініціалізації кристалізації гідроксиапатита (мікроскопічні частини мінералізованих тканин) і в взаємодії між клітками і мінералізованим матриксом кістки. У формуючійся кістки він з'являється одночасно з початком мінералізації. Матриксні металлопротеїнази є ключовими протеазами, беручими участь в пародонтиті і пов'язані з пародонтологічним статусом. Остеопротегерин впливає на регуляцію костного метаболізму. Він подавляє резорбцію кістки і з високою афінністю зв'язується з своїм лігандом RANKL, таким чином, запобігаючи зв'язуванню RANKL з рецептором RANK.

**Висновки.** Визначення рівня біологічних маркерів ротової рідини є перспективним діагностичним методом, не потребує спеціальної підготовки від лікаря-стоматолога, є малоінвазивним методом, і дозволить оцінити поточний стан тканин протезного ложа, що дозволить раціонально спланувати вид ортопедическій реабілітації стоматологічних больних і контролювати процеси адаптації.

**Prospects for the use of molecular-biological markers  
in prosthetic rehabilitation of dental patients  
with periodontal disease**

V.N. Romaniuk, A.V. Voznyi<sup>1</sup>, S.V. Pavlov<sup>2</sup>

Zaporozhye State Medical University,

<sup>1</sup>Department of Therapeutic, Prosthetic  
and Pediatric Dentistry

<sup>2</sup>Department of Clinical Laboratory Diagnostics

The **aim** of the study is to perform on modern literature sources related to the use of molecular-biological markers in implantation and prosthetic rehabilitation of dental patients with dental defects and periodontal tissue diseases.

**Materials and methods.** Domestic and foreign literature sources have been used, the data of which have been studied and analyzed using a descriptive research method.

**Results.** When rehabilitating patients with dental defects and periodontal diseases with the help of implant treatment and various types of prosthetic constructions, it is promising to determine the level of bone sialoprotein, osteocalcin, MMP-8, osteoprotegerin. The marker of bone tissue metabolism is osteocalcin, an osteoblastspecific non-collagen protein

produced and secreted by osteoblasts and osteocytes. The main biological role of the OC is to realize the proosteoblastic effect and the formation of bone tissue, is realized with the help of specific OK receptors. Bone sialoprotein is one of the main products of the synthetic function of active osteoblasts and odontoblasts, participates in the initialization of hydroxyapatite crystallization (microscopic particles of mineralized tissues) and in interactions between cells and mineralized bone matrix. At the emerging bone, it appears simultaneously with the onset of mineralization. Matrix metalloproteinases are key proteases involved in periodontitis and are associated with periodontal status. Osteoprotegerin affects the regulation of bone metabolism. It suppresses bone resorption and binds with high affinity to its RANKL ligand, thus preventing the binding of RANKL to the RANK receptor.

**Conclusions.** Determination of the level of biological markers in oral fluid is a promising diagnostic method, does not require special training from a dentist, is a minimally invasive technique, and will allow us to assess the current condition of the tissues of the prosthetic area, which will rationally plan the type of prosthetic rehabilitation of dental patients and monitor adaptation processes.

**ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ**

**Романюк Віктор Миколайович** – асистент кафедри терапевтичної, ортопедичної та дитячої стоматології; Запорізький державний медичний університет; вул. Академіка Амосова, 83, м. Запоріжжя, 69063, Україна.

**Возний Олександр Вікторович** – д.мед.н., завідувач кафедри терапевтичної, ортопедичної та дитячої стоматології; Запорізький державний медичний університет; вул. Академіка Амосова, 83, м. Запоріжжя, 69063, Україна.

**Павлов Сергій Васильович** – доктор біологічних наук, доцент, завідувач клінічної лабораторної діагностики; Запорізький державний медичний університет; вул. Академіка Амосова, 83, м. Запоріжжя, 69063, Україна.

## Огляд національного законодавства та політик у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу

*ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, кафедра громадського здоров'я, м. Ужгород  
Закарпатський Центр з профілактики та боротьби із СНІДом, м. Ужгород*

**Мета.** Провести аналіз національних законодавчих та нормативно-правових актів з питань організації боротьби з ВІЛ/СНІДом в аспекті подолання стигми та дискримінації людей, що живуть з ВІЛ.

**Матеріали та методи.** Здійснено аналіз правового та політичного середовища України щодо реалізації заходів з виконання національної стратегії протидії ВІЛ-інфекції, правових засад забезпечення рівних можливостей, зниження рівня стигми та дискримінації ЛЖВ.

**Результати та їх обговорення.** Нормативно-правова база України номінально не обмежує людей, що живуть з ВІЛ, та представників ключових груп населення щодо інфікування ВІЛ в їх правах, політичному, суспільному та культурному житті. До основних перешкод у забезпеченні високого рівня ефективності заходів з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу належать складні адміністративні процедури та соціальна стигма і дискримінація ключових груп населення та ЛЖВ.

**Висновки.** Українське законодавство у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу прогресивно розвивається з урахуванням найкращого світового досвіду і рекомендацій міжнародних експертів та в цілому відповідає міжнародним стандартам. Але є певна неузгодженість окремих положень законів і підзаконних актів щодо основних понять та процедур у контексті епідемії ВІЛ-інфекції.

**Ключові слова:** законодавство, люди, що живуть з ВІЛ, права, стигма, дискримінація.

### ВСТУП

На сьогодні, Україна має оновлену національну стратегію (Fast Track) щодо подолання епідемії ВІЛ-інфекції, яка затверджена на законодавчому рівні та є обов'язковою для виконання для усіх органів державної влади, стосується як всього суспільства, так і кожного громадянина зокрема. Діяльність у даному напрямку здійснюється у тісній співпраці з громадськими та міжнародними організаціями. Для успішного впровадження заходів з виконання національної стратегії важливе значення має відповідність правового та політичного середовища України заявленим зобов'язанням.

Уряд України, спільно з міжнародними партнерами за активної участі громадянського суспільства досяг значного прогресу у створенні сприятливого політичного середовища у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу. Закон України від 20.10.2014 № 1708 «Про затвердження Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки» є основним законодавчим інструментом, який забезпечує реалізацію заходів з протидії епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу на національному та регіональному рівнях [1].

Реформа системи охорони здоров'я в Україні передбачає створення системи громадського здоров'я в країні, яка в тому числі покликана поліпшити доступ до послуг у сфері протидії епідемії ВІЛ-інфекції. Уряд зобов'язується усунути нормативні перешкоди та зміцнити політичне і правове середовище на підтримку лікування і профілактики ВІЛ-інфекції.

**Мета** – вивчити та провести аналіз національних законодавчих та нормативно-правових актів з питань

організації боротьби з ВІЛ/СНІДом в аспекті подолання стигми та дискримінації людей, що живуть з ВІЛ (ЛЖВ).

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У відповідності до поставлених задач дослідження здійснено аналіз правового та політичного середовища України щодо реалізації заходів з виконання національної стратегії протидії ВІЛ-інфекції, правових засад забезпечення рівних можливостей, зниження рівня стигми та дискримінації, правового захисту для ЛЖВ та ключових груп населення щодо інфікування ВІЛ. У ході дослідження використано бібліосемантичний метод та метод структурно-логічного аналізу.

Проведено аналіз політик, законів і настанов та їх практичної реалізації, котрі впливають на широке коло питань по забезпеченню рівності доступу до послуг, уникнення проявів стигми та дискримінації та правового захисту ВІЛ-позитивних осіб.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Конституція України [2] забезпечує рівний захист усіх громадян та декларує рівні права, свободи й гарантії для всіх громадян України незалежно від раси, кольору шкіри, політичних, релігійних та інших переконань, статі, етнічного та соціального походження, майнового стану, місця проживання, а також мовних чи інших ознак.

Статті 21–68 Розділу 2 Конституції України розглядають права, свободи та обов'язки людини і громадянина. Відповідно до положень Конституції, права та

свободи людини і громадянина включають громадянські (особисті), політичні, соціально-економічні, культурні та духовні права і свободи. Передумовою наявності політичних прав є громадянство України, вони можуть здійснюватися винятково громадянами, які досягли 18-річного віку. Здійснення цих прав дає їм можливість брати участь у політичному житті та управлінні державними справами (статті 36, 38–40). Політичні права також стосуються захисту здоров'я населення або захисту прав і свобод інших осіб. Соціальні та економічні права і свободи є основою всіх інших прав і свобод. Вони охоплюють такі важливі сфери життя, як власність, трудові відносини, здоров'я, відпочинок, і роблять свій внесок у задоволення матеріальних, духовних, фізичних та інших соціально значущих потреб та інтересів особистості. Статті 13, 14, 41, 42 Конституції України розглядають економічні права і свободи, а статті 43–49 охоплюють соціальні права та свободи.

Стаття 32 Конституції України передбачає, що ніхто не може зазнавати втручання в його особисте і сімейне життя, крім випадків, передбачених Конституцією України. Не допускається збирання, зберігання, використання та поширення конфіденційної інформації про особу без її згоди, крім випадків, визначених законом, і лише в інтересах національної безпеки, економічного добробуту та прав людини. Збереження конфіденційної інформації є особливо важливим у контексті ВІЛ/СНІДу з огляду на специфіку тестування на ВІЛ, а також через стигму й дискримінацію в разі розголошення позитивного результату тестування.

Кримінальний кодекс України [3], затверджений Законом України від 05.04.2001 № 2341-III, встановлює відповідальність за порушення недоторканності приватного життя, незаконне збирання, зберігання, використання, знищення, поширення конфіденційної інформації або незаконну зміну інформації про ВІЛ-інфіковану особу чи особу, хвору на СНІД. Передбачено кримінальну відповідальність для службових осіб лікувального закладу за розголошення відомостей про проведення медичного огляду на виявлення інфікування ВІЛ чи іншої невиліковної інфекційної хвороби. Стаття 132 забороняє розголошення службовою особою лікувального закладу або допоміжним працівником відомостей про невиліковну інфекційну хворобу пацієнта (наприклад, ВІЛ/СНІД). Стаття 182 передбачає покарання за «незаконне збирання, зберігання, використання, поширення конфіденційної інформації про особу».

З іншого боку стаття 130 Кодексу встановлює кримінальну відповідальність за: «свідоме поставлення іншої особи в небезпеку зараження вірусом імунодефіциту людини чи іншої невиліковної інфекційної хвороби, що є небезпечною для життя людини»; умисне інфікування ВІЛ «особою, яка знала про те, що вона є носієм вірусу». Стаття 133 передбачає притягнення до кримінальної відповідальності за «зараження іншої особи венеричною хворобою особою, яка знала про наявність у неї цієї хвороби».

Основи законодавства України про охорону здоров'я [4], затверджені Законом України від 19.11.1992 № 2801-XII, визначають правові, організаційні, економічні та соціальні засади охорони здоров'я в Україні. Стаття 39, гарантує право на таємницю про стан здоров'я, факт

звернення по медичну допомогу, діагноз, а також про відомості, одержані при медичному обстеженні. Забороняється вимагати та надавати за місцем роботи або навчання інформацію про діагноз та методи лікування пацієнта. Стаття 40 зобов'язує медичних працівників не розголошувати відомостей про хворобу, медичне обстеження, огляд та їхні результати, інтимну і сімейну сторону життя громадянина, які стали їм відомі у зв'язку з виконанням професійних або службових обов'язків.

Закон України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» [5], у редакції Закону від 23.12.2010 № 2861-VI – є основним нормативно-правовим актом, що гарантує захист прав людей, які живуть з ВІЛ, дотримання принципів конфіденційності, поваги до прав і свобод ЛЖВ, визначених законодавством України та міжнародними угодами. Відповідно до цього Закону, держава гарантує забезпечення реалізації послідовної політики, спрямованої на формування толерантного ставлення до людей, які належать до ключових груп населення щодо інфікування ВІЛ, та людей, які живуть з ВІЛ. Закон передбачає конфіденційність при проведенні КІТ на ВІЛ, збереження конфіденційності під час реєстрації та обліку людей, які живуть з ВІЛ, здійснення медичного нагляду за ними. Відповідно до частини другої статті 14, держава гарантує надання всім людям, які живуть з ВІЛ, та особам, які належать до груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ, рівних з іншими громадянами можливостей для реалізації їхніх прав, передбачених Конституцією та законами України, іншими нормативно-правовими актами України.

Стаття 16 цього закону забороняє звільнення з роботи та відмову у прийнятті на роботу людей, які живуть з ВІЛ, на підставі їхнього ВІЛ-позитивного статусу, а також обмеження прав їхніх рідних і близьких на цій підставі.

Поряд з тим Законом передбачено інформування особи, в якій виявлено ВІЛ, про кримінальну відповідальність за свідоме поставлення іншої особи в небезпеку та/або зараження ВІЛ.

Закон України від 01.06.2010 № 2297-VI «Про захист персональних даних» [6], регулює правові відносини, пов'язані з захистом та обробкою персональних даних, забезпечує захист основоположних прав та свобод людини і громадянина, зокрема права на невтручання в особисте життя. Встановлює особливі вимоги до обробки персональних даних, що становлять лікарську таємницю, і забороняє розголошувати відомості стосовно суб'єктів персональних даних.

Закон України від 02.10.1992 № 2657-XII «Про інформацію» [7]. Регулює відносини щодо створення, збирання, одержання, зберігання, використання, поширення, охорони, захисту інформації. Стаття 11 забороняє збирання, зберігання, використання та поширення конфіденційної інформації про особу без її згоди, крім випадків, визначених законом, і лише в інтересах національної безпеки, економічного добробуту та захисту прав людини. До конфіденційної інформації про фізичну особу належать, зокрема, дані про її національність, освіту, сімейний стан, релігійні переконання.

Закон України від 23.12.2010 № 2862-VI «Про соціальний діалог в Україні» [8] визначає правові норми



організації та порядку ведення соціального діалогу в Україні з метою вироблення та реалізації державної соціальної та економічної політики, регулювання трудових, соціальних, економічних відносин, забезпечення підвищення рівня і якості життя громадян, соціальної стабільності в суспільстві. Закон впроваджено з метою створення постійного соціального діалогу у сфері трудових відносин між органами виконавчої влади, роботодавцями і профспілками, в тому числі щодо людей, які живуть з ВІЛ (запобігання дискримінації, формування толерантного ставлення до ВІЛ-позитивних, дотримання їхніх прав, створення безпечних щодо інфікування ВІЛ умов праці).

Закон України від 06.09.2012 № 5207-VI «Про засади запобігання та протидії дискримінації в Україні» [9]. В Статті 6 закону зазначено, що «відповідно до Конституції України, загальновизнаних принципів і норм міжнародного права та міжнародних договорів України, всі особи незалежно від їх певних ознак мають рівні права і свободи, а також рівні можливості для їх реалізації. Форми дискримінації з боку державних органів, органів влади Автономної Республіки Крим, органів місцевого самоврядування, їх посадових осіб, юридичних осіб публічного та приватного права, а також фізичних осіб, визначені статтею 5 цього Закону, забороняються».

Закон України від 20.10.2014 № 1708-VII «Про затвердження Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки» [10]. забороняє дискримінацію, визначає одним з завдань формування толерантного ставлення до людей, які живуть з ВІЛ, та дотримання їхніх прав, безпечних щодо інфікування ВІЛ умов праці.

Постанова Кабінету Міністрів України від 16.10.1998 № 1642 «Про затвердження Порядку та умов обов'язкового страхування медичних працівників та інших осіб на випадок інфікування вірусом імунодефіциту людини під час виконання ними професійних обов'язків, а також на випадок настання у зв'язку з цим інвалідності або смерті від захворювань, зумовлених розвитком ВІЛ-інфекції, і переліку категорій медичних працівників та інших осіб, які підлягають обов'язковому страхуванню на випадок інфікування вірусом імунодефіциту людини під час виконання ними професійних обов'язків, а також на випадок настання у зв'язку з цим інвалідності або смерті від захворювань, зумовлених розвитком ВІЛ-інфекції» [11]. Постанова встановлює права та гарантії для медичних працівників на випадок професійного інфікування ВІЛ та зобов'язує роботодавців страхувати працівників на випадок інфікування ВІЛ під час виконання ними професійних обов'язків.

Наказ МОЗ України від 19.08.2005 № 415 «Про удосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію» [12] визначає порядок добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію з дотриманням конфіденційності інформації, що відповідає рекомендаціям ВООЗ та ЮНЕЙДС. Інформація, що стала відома консультанту чи особі, яка проводила тестування, під час надання послуг КІТ, є конфіденційною. Ця інформація може бути передана законним представникам неповнолітнього або недієздатного пацієнта, закладам охорони здоров'я, органам прокуратури, слідства, дізнання, суду у випадках, передбачених законами

України. В усіх інших випадках до- та післятестове консультування, а також інформування про результати тестування – це конфіденційна інформація, розголошення якої тягне за собою кримінальну відповідальність.

Відповідно до законодавства України, Міністерство охорони здоров'я (МОЗ) має право видавати конкретні накази для реалізації політики, організації заходів, а також забезпечення правового захисту і рівних прав ВІЛ-позитивних осіб в Україні.

В ході дослідження виявлено ряд проблем та деякі невідповідності. Незважаючи на наявність нормативно – правових актів щодо захисту права на приватне життя і збереження конфіденційності, випадки порушення цих прав трапляються. У 2013 році згідно даних моніторингу порушень прав ВІЛ-інфікованих осіб в Україні було виявлено 852 факти порушення конфіденційності щодо людей, які живуть з ВІЛ [13]. Більшість таких порушень була з боку працівників охорони здоров'я, службовців правоохоронних органів та соціальних працівників. Серед причин, що призводять до фактів дискримінації, є відсутність захищеного належним чином електронного реєстру ВІЛ-інфікованих пацієнтів та осіб з підтвердженими позитивними результатами тестування на ВІЛ, відсутність наступності в обміні інформацією між закладами охорони здоров'я, яка б забезпечувала конфіденційність, поширена стигма з боку медичних працівників загальної мережі закладів охорони здоров'я (неспеціалізованих закладів), наявність у медичних працівників боязні інфікуватися під час надання медичної допомоги ВІЛ-позитивними пацієнтами.

У 2013 році в Україні було проведено національне дослідження громадської думки «Стигма, дискримінація та порушення прав людей, які живуть із ВІЛ» [14]. За результатами опитування, 40% респондентів повідомили про факти соціальної стигми, пов'язаної з їхнім ВІЛ-статусом. При чому опитані зазначили, що дискримінаційні прояви посилювалися, якщо мало місце визнання факту приналежності до ключових груп ризику інфікування ВІЛ. Ті, хто розкрив свій статус ЛВІН, ОСБ або ЧСЧ, повідомили про вищі рівні соціальної стигми (42%) порівняно з тими, хто не ідентифікував себе таким чином (35%). Подібна ситуація спостерігається і серед тих, хто звертався за медичними послугами: 11% опитаних зазначили, що їм було відмовлено в наданні медичних послуг у зв'язку з позитивним ВІЛ-статусом. Факти дискримінації ключових груп ризику щодо інфікування ВІЛ продовжують залишатися поширеною проблемою в Україні.

Законодавство України забезпечує соціальний захист і забороняє дискримінацію на робочому місці та звільнення на підставі позитивного ВІЛ-статусу. Але фактично рівний доступ до працевлаштування ЛЖВ гарантовано лише частково і не на всіх рівнях. Особливо це стосується приватного сектору. Не існує універсального законодавчого акту щодо профілактики ВІЛ на робочому місці. Не розроблено стандартних стимулів та заохочень для роботодавців щодо впровадження програм профілактики ВІЛ на робочому місці. Дискримінація на робочому місці створює соціальні та економічні перепони для ЛЖВ, загрожує їх економічній та соціальній безпеці. Згідно з Національною стратегією тресторонньої співпраці з питань ВІЛ/СНІДу на робочому місці на 2012–2017 рр [15],

негативні наслідки епідемії ВІЛ-інфекції на робочому місці призводять до скорочення кількості робочої сили, зменшення кваліфікованих кадрів, раннього виходу на пенсію, збільшення витрат роботодавців на оплату медичного страхування і забезпечення навчання працівників; до втрати репродуктивного здоров'я населення. Дослідження показують, що більшість ВІЛ-позитивних працівників приховує свій статус від колег та роботодавців через побоювання звільнення, проявів стигми і дискримінації. Українське законодавство не містить чіткого визначення причин для переривання трудових відносин, створення умов для роботи та відпочинку, винагороди за працю та інших спеціальних умов для ВІЛ-інфікованих працівників.

Наявність кримінальної відповідальності за ненавмисну передачу ВІЛ-інфекції створює перешкоди в доступі до лікування і профілактики ВІЛ. Насамперед, це побоювання щодо розкриття позитивного ВІЛ-статусу партнерові, наявність фактів стигматизації та дискримінації, відмова від терапії тощо. Світовий досвід показує, що наявність кримінальної відповідальності за ненавмисну передачу ВІЛ-інфекції не попереджає поведінки, небезпечної щодо передачі ВІЛ. Положення Кримінального кодексу України суперечать реалізації державної політики, спрямованої на формування толерантного ставлення та неприпустимість дискримінації людей, які належать до груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ, та ЛЖВ. Національне законодавство є дискримінаційним щодо партнерів дискордантних пар, що підвищує ризик інфікування в такій парі.

На сьогодні 31 країна світу вимагає від ВІЛ-інфікованих іноземців, щоб вони покинули їх територію. У 16 країнах чинне законодавство категорично відмовляє у в'їзді до них ЛЖВ, а викриття ВІЛ-статусу у візовій анкеті чи при перетинанні державного кордону призводить до відмови на в'їзд до цих країн [16]. Урядом Канади передбачено обов'язковий медичний огляд і на наявність маркерів ВІЛ в осіб, які мають намір залишитися у Канаді на термін понад 6 місяців. Аналогічне правило існує в Австралії для нерезидентів, які бажають залишитися у країні 12 або більше місяців. У цьому контексті важливим кроком назустріч міжнародній спільноті стала радикальна зміна статті 11 в новій редакції Закону України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» [5] щодо видачі візи на в'їзд до України іноземцям і особам без громадянства, які прибувають в Україну на строк понад три місяці. В рамках нового закону відмінена обов'язкова довідка про ВІЛ, яку мали надавати іноземці для отримання української візи. Ця норма давно вважається дискримінаційною в усьому світі і відсутня майже в усіх цивілізованих країнах світу. Подолання її Україною є значним кроком вперед у сфері захисту прав людини та зниження дискримінації людей, хворих на ВІЛ/СНІД.

Забезпечення доступу до лікування для всіх людей, які живуть з ВІЛ, є одним із проголошених пріоритетів Уряду України, проте нормативні прогалини не дозволяють забезпечити повноцінне лікування та догляд. Впровадження найсучасніших протоколів лікування та рекомендацій, надання доступних і вільних від стигми

послуг є важливими питаннями, які належить вирішити. Нормативні акти, які звужують спектр закладів, які надають послуги діагностики та лікування ВІЛ-інфекції лише до спеціалізованих установ, таких як Центр з профілактики та боротьби із СНІДом та мережа кабінетів «Довіра», створюють вагомні перешкоди в доступі до цих послуг.

До основних перешкод у забезпеченні високого рівня ефективності заходів з протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу також належать складні адміністративні процедури та соціальна стигма і дискримінація ключових груп населення та ЛЖВ, у тому числі з боку медичних працівників.

Україна досягла значного успіху в профілактиці ВІЛ-інфекції в середовищі ключових груп населення щодо інфікування ВІЛ, особливо серед ЛВІН. Проте стигма і дискримінація є основними перешкодами, які обумовлені не тільки соціальними нормами, але й деякими нормативними актами, котрі не забезпечують конкретних механізмів захисту прав ключових груп населення. Надто суворе законодавство у сфері обігу наркотиків впливає на доступ до послуг для ЛЖВ. Недостатнє охоплення програмами ЗПТ цільової групи також пов'язане з браком конфіденційності й суворими умовами реєстрації в цих програмах.

Працівники секс-бізнесу зазнають обмеження у доступі до послуг профілактики та лікування ВІЛ-інфекції через законодавчу неврегульованість секс-індустрії та наявність дискримінаційних проявів та дій [13].

Дискримінації зазнають і представники спільноти ЛГБТ. У той час як, згідно законодавства України, всі форми дискримінації заборонені, включаючи дискримінацію за ознакою статі та переконань, не існує жодних правових механізмів для забезпечення конституційних прав представників цієї спільноти. Відсутність чітких формулювань сприяє переслідуванню, дискримінації та соціальній стигматизації представників спільноти ЛГБТ. Крім того, ключовою групою населення щодо ризику інфікування ВІЛ, закон визначає групу ЧСЧ, тим самим звужуючи охоплення профілактичними програмами винятково представників групи ЧСЧ. Тим самим обмежується доступ до послуг для інших представників спільноти ЛГБТ.

## ВИСНОВКИ

Українське законодавство у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу прогресивно розвивається з урахуванням найкращого світового досвіду і рекомендацій міжнародних експертів. Загалом, чинні національні законодавчі акти відповідають міжнародним стандартам, демонструють позитивну державну політику в сфері протидії епідемії ВІЛ/СНІДу, створюють підґрунтя для досягнення задекларованих державою цілей.

Нормативно-правова база України номінально не обмежує людей, що живуть з ВІЛ, та представників ключових груп населення щодо інфікування ВІЛ в їх правах, політичному, суспільному та культурному житті. Проте високий рівень соціальної стигми ЛЖВ та ключових груп населення значно впливає на поведінку людей, занижує самооцінку та почуття власної гідності, призводить до розвитку самостигматизації.

На сьогодні є певна неузгодженість, а часто і взаємовиключаючий характер окремих положень законів і

підзаконних актів щодо основних понять та процедур у контексті епідемії ВІЛ-інфекції. Саме тому нерідко реєструються факти недотримання чинного законодавства у сфері ВІЛ/СНІДу.

**Перспективи подальших досліджень** пов'язані з вивченням рівня виконання національного законодавства та політик у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу.

### ЛІТЕРАТУРА

1. Закон України від 20 жовтня 2014 року № 1708-VII «Про затвердження Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014-2018 роки» [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/1708-18>. – Назва з екрана.
2. Конституція України [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80>. – Назва з екрана.
3. Кримінальний кодекс України [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/2341-14>. – Назва з екрана.
4. Основи законодавства України про охорону здоров'я [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>. – Назва з екрана.
5. Закон України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2861-17>. – Назва з екрана.
6. Закон України від 01.06.2010 № 2297-VI «Про захист персональних даних» [Електронний документ]. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2297-17>. – Назва з екрана.
7. Закон України від 02.10.1992 № 2657-XII «Про інформацію» [Електронний документ]. – Режим доступу: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/2657-12>. – Назва з екрана.
8. Закон України від 23.12.2010 № 2862-VI «Про соціальний діалог в Україні» [Електронний документ]. – Режим доступу: <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/2862-17>. – Назва з екрана.
9. Закон України від 06.09.2012 № 5207-VI «Про засади запобігання та протидії дискримінації в Україні» [Електронний документ]. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/5207-17>. – Назва з екрана.
10. Закон України від 20 жовтня 2014 року № 1708-VII «Про затвердження Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014-2018 роки» [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/1708-18>. – Назва з екрана.
11. Постанова Кабінету Міністрів України від 16.10.1998 № 1642 «Про затвердження Порядку та умов обов'язкового страхування медичних працівників та інших осіб на випадок інфікування вірусом імунодефіциту людини під час виконання ними професійних обов'язків, а також на випадок настання у зв'язку з цим інвалідності або смерті від захворювань, зумовлених розвитком ВІЛ-інфекції, і переліку категорій медичних працівників та інших осіб, які підлягають обов'язковому страхуванню на випадок інфікування вірусом імунодефіциту людини під час виконання ними професійних обов'язків, а також на випадок настання у зв'язку з цим інвалідності або смерті від захворювань, зумовлених розвитком ВІЛ-інфекції» [Електронний документ]. – Режим доступу: <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/1642-98-%D0%BF>. – Назва з екрана.
12. Наказ МОЗ України від 19.08.2005 № 415 «Про удосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію» [Електронний документ]. – Режим доступу : <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/z1404-05>. – Назва з екрана.
13. Оцінка політико-правового середовища у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні [Електронний документ]. – Режим доступу: [http://www.hivreforminaction.org/wp-content/uploads/2017/08/0807\\_HIV-Legal-Assessment-2017\\_UA.pdf](http://www.hivreforminaction.org/wp-content/uploads/2017/08/0807_HIV-Legal-Assessment-2017_UA.pdf). – Назва з екрана.
14. Показник рівня стигми ЛЖВ – Індекс стигми. Аналітичний звіт за результатами дослідження. – К., 2014 [Електронний документ]. – Режим доступу: [http://www.stigmaindex.org/sites/default/files/reports/Ukraine%20Stigma%20Index\\_Report\\_UKR%202014-Ukr.pdf](http://www.stigmaindex.org/sites/default/files/reports/Ukraine%20Stigma%20Index_Report_UKR%202014-Ukr.pdf). – Назва з екрана.
15. Національна стратегія тристоронньої співпраці з питань ВІЛ/СНІДу на робочому місці на 2012–2017 рр [Електронний документ] – Режим доступу: [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_protect/---protrav/---ilo\\_aids/documents/legaldocument/wcms\\_191148.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/legaldocument/wcms_191148.pdf). – Назва з екрана.
16. Якобчук А. В. Порівняльний аналіз чинного національного законодавства з протидії епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні [Електронний ресурс] / А. В. Якобчук // Україна. Здоров'я нації. – 2012. – № 2/3. – С. 312–319. – Режим доступу : URL : [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uzn\\_2012\\_2-3\\_58](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uzn_2012_2-3_58). – Назва з екрана.

*Дата надходження рукопису до редакції: 03.10.2018 р.*

**Обзор национального законодательства  
и politik в сфере противодействия  
ВИЧ-инфекции/СПИДа**

Слабкий Г.А., Билак-Лукьянчук В.И.  
ГВУЗ «Ужгородский национальный университет»

**Цель** – провести анализ национальных законодательных и нормативно-правовых актов по вопросам организации борьбы с ВИЧ/СПИДом в аспекте преодоления стигмы и дискриминации людей, живущих с ВИЧ.

**Материалы и методы.** Осуществлен анализ правового и политического поля Украины по реализации мероприятий выполнения национальной стратегии противодействия ВИЧ-инфекции, правовых основ обеспечения равных возможностей, снижения уровня стигмы и дискриминации ЛЖВ.

**Результаты и их обсуждение.** Нормативно-правовая база Украины номинально не ограничивает людей, живущих с ВИЧ, и представителей ключевых групп населения повышенного риска инфицирования ВИЧ в их правах, политической, общественной и культурной жизни. К основным препятствиям в обеспечении высокого уровня эффективности мероприятий по противодействию ВИЧ-инфекции/СПИДа относятся сложные административные процедуры и социальная стигма и дискриминация ключевых групп населения и ЛЖВ.

**Выводы.** Украинское законодательство в сфере противодействия ВИЧ-инфекции/СПИДа прогрессивно развивается с учетом лучшего мирового опыта и рекомендаций международных экспертов и в целом соответствует международным стандартам. Но есть определенная несогласованность отдельных положений законов и подзаконных актов по основным понятиям и процедурам в контексте эпидемии ВИЧ-инфекции.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** законодательство, люди, живущие с ВИЧ, права, стигма, дискриминация.

**Review of national HIV/AIDS legislation and policy**

Slabkyi G.O., Bilak-Lukianchuk V.Y.  
SU "Uzhhorod National University", Uzhhorod, Ukraine

**Objective** is to conduct an analysis of national legislative and regulatory acts on organization of struggle against HIV/AIDS in terms of overcoming stigma and discrimination towards people living with HIV.

**Materials and methods.** The article presents the analysis of the legal and political environment in Ukraine regarding implementation of measures of the national strategy for counteracting HIV infection, legal basis for ensuring equal opportunities, reducing the level of stigma and discrimination against PLHIV.

**Results.** Normative legal basis of Ukraine does not nominally limit people living with HIV and representatives of key population groups under the threat of HIV infection in their rights, political, social and cultural life. The main obstacles to ensuring a high level of effectiveness for counteracting HIV/AIDS include complex administrative procedures and social stigma and discrimination against key population groups under the threat of HIV infection and PLHIV.

**Conclusions.** Ukrainian legislation regarding HIV/AIDS resistance is progressively developing taking into account the best international experience and recommendations of international experts and, in general, complies with international standards. But there is some inconsistency between some provisions of laws, legal acts and bylaws and regulations on key concepts and procedures in the context of HIV epidemic.

**KEY WORDS:** legislation, people living with HIV, rights, stigma, discrimination.

**ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ**

**Слабкий Геннадій Олексійович** – д.мед.н., професор, завідувач кафедри громадського здоров'я УжНУ, вул. Собранецька, 148, м. Ужгород, 88006.

**Білак-Лук'янчук Вікторія Йосипівна** – головний лікар Закарпатського Центру з профілактики та боротьби із СНІДом, вул. Другетів, 72, м. Ужгород, 88003.

## Вплив системи громадського здоров'я на безпеку здоров'я суспільства

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

**Мета роботи:** дослідити вплив громадського здоров'я на безпеку життя суспільства.

**Матеріали та методи.** При виконанні даного дослідження використано наступні методи досліджень: бібліосемантичний, структурно-логічного аналізу, системного підходу. Матеріалами досліджень стали матеріали ВООЗ з громадського здоров'я.

**Результати та їх обговорення.** Дії системи громадського здоров'я забезпечують збереження та зміцнення суспільного здоров'я шляхом комплексних дій профілактичного характеру. Заходи громадського здоров'я скеровані на зниження негативної дії на здоров'я населення детермінант соціально-економічних та навколишнього середовища.

**Висновки.** В умовах загальної глобалізації забезпечення безпеки, благополуччя та якості життя населення здійснюється шляхом виконання юридично обов'язкових Міжнародних документів, які носять комплексний характер і є скерованими на попередження та подолання надзвичайних ситуацій в сфері громадського здоров'я.

**Ключові слова:** система громадського здоров'я, суспільне здоров'я, безпека, забезпечення.

### ВСТУП

Європейським бюро ВООЗ було розроблено Європейський план дій з укріплення потенціалу та послуг громадського здоров'я [12] яким затверджено і основні оперативні функції громадського здоров'я. Даний документ представляє детальний опис рамкової основи для дій з розвитку громадського здоров'я та реалізації його основних оперативних функцій. В основу Європейського плану дій покладено визначення системи громадського здоров'я, яке запропонував Acheson [7]: «Система громадського здоров'я – це наука і практика попередження хвороб, продовження життя та укріплення здоров'я шляхом організованих дій, які здійснює суспільство».

Європейське регіональне Бюро ВООЗ стурбоване тим, що регіон схильний до серозних загроз безпеки громадського здоров'я, які пов'язані з новими хворобами, вогнищами та епідеміями інфекційних хвороб, природними лихами та техногенними катастрофами і конфліктами, в тому числі воєнними. До природних та техногенних лих відносяться біологічні, хімічні, радіаційні катастрофи. Крім того, регіон стикається з проблемами, які характеризуються тяжкими екстремальними погодними явищами, урбанізацією, зростанням кількості міжнародних центрів перевезень населення та міжнародних заходів з великою кількістю учасників.

В Європейському регіоні відмічається зростання тягаря хвороб, які зумовлені екологічним станом довкілля. Доля екологічно зумовленого тягаря нездоров'я на території регіону коливається в межах від 14% до 54% [23]. Це пов'язано з біологічним забрудненням повітря [15, 31], дією шуму на стан здоров'я [9], порушенням гігієни водопостачання [22, 24]. Громадяни з низьким рівнем прибутку схильні до несприятливої дії навколишнього середовища, яка в середньому в п'ять разів вища, ніж у більш забезпечених людей [11].

Також необхідно відмітити, що на процес зниження екологічних ризиків на стан здоров'я населення негативно впливають чинники соціально-економічної несправедливості. Малозабезпечені сім'ї зазвичай проживають у набагато

гірших умовах водопостачання та санітарії, мають неякісне житло та менший доступ до об'єктів, що сприяють здоровому способу життя [11].

Визначальну роль в забезпеченні суспільної безпеки відіграють інвестиції країн по забезпеченню їх готовності до надзвичайних ситуацій в сфері громадського здоров'я [4].

**Мета роботи:** дослідити вплив громадського здоров'я на безпеку життя суспільства.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

При виконанні даного дослідження використано наступні методи досліджень: бібліосемантичний, структурно-логічного аналізу, системного підходу. Матеріалами досліджень стали матеріали ВООЗ з громадського здоров'я. Враховуючи багатогранність та комплексність проблем, які вирішує система громадського здоров'я в сфері забезпечення безпеки суспільного здоров'я нами в даній роботі проаналізована тільки частина із них, які на наш погляд є важливими для рішення в Україні.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Міжнародною правовою та практичною основою прогнозування та забезпечення готовності до надзвичайних ситуацій в сфері громадського здоров'я слугують Міжнародні медико-санітарні правила (ММСП). ММСП включають вимоги до країн членів ВООЗ по створенню та здійсненню умов епіднадзора та відповідних мір скерованих на своєчасне виявлення, оцінку та повідомлення про випадки захворювань або смерті, частота яких перевищує очікувані рівні та має міжнародне значення.

Ефективні стратегії з попередження майбутніх кризових станів в сфері громадського здоров'я та пом'якшенню їх наслідків передбачають укріплення стратегічного керівництва, впровадження системи планування дій на випадок надзвичайних ситуацій в громадському здоров'ю по принципу постійної готовності

долюбих загроз, прийняття міністерствами охорони здоров'я довготривалих програм управління ризиками для здоров'я, управління в кризових ситуаціях та посилення механізмів міжсекторального співробітництва. Оскільки загрози безпеці громадському здоров'ю є комплексними, передбачено обмін інформацією між ВООЗ та державами, участь міжнародних організацій, урядів держав, приватного сектору, громадянського суспільства тощо [26]. В зв'язку з цим, для забезпечення біобезпеки та біозахисності, створені міжнародні структури та діють такі програми, як Глобальна програма виявлення хвороб Центрів США з контролю та профілактики захворювань, Конвенція про біологічне та токсинне озброєння, Європейська комісія в інтересах укріплення безпеки здоров'я на загальноєвропейському рівні. ВООЗ сумісно з партнерами створила такі механізми, як Глобальна мережа сповіщення про вогнища хвороб та заходи з відповіді на них (GOARN) для того, щоб оперативно реагувати на надзвичайні ситуації в громадському здоров'ї на міжнародному рівні.

Таким чином, укріплення, високий рівень готовності та чітка організація можливостей з попередження та прийняття мір з відповіді у випадку надзвичайних ситуацій в сфері громадського здоров'я – це юридично обов'язкові вимоги, які передбачені Міжнародними медико-санітарними правилами. Для окремих країн розроблено інструмент оцінки своїх систем охорони здоров'я та виявлення сильних та слабких сторін [18].

Можливості людей зберігати своє здоров'я тісно пов'язані з умовами, в яких вони народжуються, ростуть, працюють та старіють. Необхідно зазначити, що в останній час для більшості європейських країн відмічається відсутність позитивної динаміки або зниження індексу розвитку людського потенціалу [17]. Дана ситуація пов'язана з низькими показниками природоохоронної діяльності та зростанням тягара екологічно зумовлених хвороб. В Європі такі хвороби стали причиною кожного п'ятого випадку смерті [23]. Вказану ситуацію можна подолати шляхом скорочення шкідливої дії на людей факторів фізичного середовища, яке пов'язане з забрудненням повітря, води та продуктів харчування, хімічним та шумовим забрудненням, досягненням загального доступу до безпечної води та адекватної санітарії, гарантованої якості питної води та дотримання основних правил гігієни.

Таким чином, для скорочення тягара хронічних хвороб в сучасному суспільстві необхідно впровадити екологічний підхід до охорони здоров'я населення, який враховує складні взаємодії між біологічними, поведінковими, екологічними та соціальними факторами з прийняттям відповідних рішень в сфері громадського здоров'я [19, 21].

Якість води має надзвичайно велике значення в питаннях забезпечення безпечного питного водопостачання, виробництва продуктів харчування та використання води з рекреаційною метою. За прогнозами в період з 2000 по 2030 рр. сумарний водозабір тільки в Європейському Союзі скоротиться більше ніж на 10%. Дефіцит води може призвести до водного стресу в країнах Центральної та Південної Європи та Центральної Азії. Необхідно відмітити, що уже в теперішній час, особливо у

східній частині Європейського регіону, відмічається забруднення води патогенними мікроорганізмами, нітратами, миш'яком, свинцем, нікелем тощо [13].

Необхідно відмітити, що ВООЗ сумісно з ЮНІСЕФ та Європейською економічною комісією на досягнення Цілей тисячоліття (сьома ціль: до 2015 р. вдвічі скоротити частку населення, що не має постійного доступу до чистої питної води і основних санітарно-технічних засобів) та в рамках Сумісної програми моніторингу водопостачання та санітарії, забезпечує моніторинг соціальної справедливості доступу до безпечної води.

Ефективним механізмом керівництва стратегічними діями по рішенню проблем керівництва стратегічними діями з рішення вказаних проблем є Протокол з проблем води і здоров'я до Конвенції з охорони та використання транскордонних водотоків і міжнародних озер 1992 року, який має обов'язкову юридичну силу і зобов'язав країни Європи встановити цільові орієнтири і представляти звітність про прогрес в таких областях як доступ до води і санітарії, зниження поширеності хвороб, які пов'язані з водою і охороною водних ресурсів [25].

Глобальні зміни в навколишньому середовищі такі, як зменшення озонового шару, зміна клімату, втрата біологічних видів, зростання кількості природних лих та екстремальних природних явищ, швидке впровадження нових матеріалів та технологій, можуть викликати нові проблеми в охороні здоров'я та поглиблювати наявні і підкреслювати слабкі сторони систем охорони здоров'я. На рішення даних проблем країни Європейського регіону запровадили унікальний механізм стратегічного керівництва почавши процес «Навколишнє середовище і здоров'я» [14].

Більш тісний зв'язок питань охорони здоров'я і стійкого розвитку забезпечує реалізація «Заяви про прихильність активним діям», яка прийнята на Пармській конференції (2010 р.) [2]. Дана конференція визначила задачі в сфері збереження навколишнього середовища і цільові показники, які мають досягти європейські країни до 2020 року:

- захист здоров'я населення шляхом покращення доступу до безпечного водопостачання та санітарним зручностям;
- боротьба з ожирінням та травматизмом шляхом забезпечення безпечного навколишнього середовища, адекватного рівня фізичної активності та здорового харчування;
- профілактика захворювань органів дихання шляхом покращення якості повітря в приміщеннях та поза ними;
- профілактика захворювань, які пов'язані з небезпечним хімічним, біологічним та фізичним навколишнім середовищем.

Зв'язок між покращенням здоров'я, економікою та стійким навколишнім середовищем давно відомий: здорові люди мають більші можливості вчитися, заробляти на життя та вносити позитивний внесок в життя суспільства, в якому вони живуть. І навпроти, здорове навколишнє середовище є доброю основою міцного здоров'я [27]. На забезпечення здорового довкілля скеровані Глобальний план дій, узгоджений на Конференції ООН з навколишнього середовища і розвитку [10], Ріо-де-

Жанейрська декларація з навколишнього середовища і розвитку [5], План дій з реалізації Європейської стратегії профілактики і боротьби з неінфекційними хворобами [3].

В статті ми маємо намір зупинитися на такому питанні, як вплив на громадське здоров'я міського середовища. Життя в місті впливає на здоров'я людей через природне та штучне середовище, соціальне оточення та доступ до послуг та допомоги. Якість житла, планування житлових кварталів, щільність забудови і структура землевикористання, доступ до зелених зон, наявність місць відпочинку та велосипедних доріжок, якість повітря та шум, дія токсичних речовин – це фактори дії на здоров'я. Збільшення в містах кількості людей старших вікових груп вимагають нових підходів та принципів міського планування та стандартів надання послуг [30]. В той час коли міста є центрами економічного розвитку вони ж є містами концентрації бідності та нездоров'я [29].

На рішення проблем безпеки та благополуччя громадського здоров'я жителів міст скерована діяльність європейської мережі «Здорові міста», яка забезпечує: вплив на здоров'я і благополуччя населення приймаючи та здійснюючи різні стратегії та втручання.

В умовах , коли стан навколишнього середовища швидко міняється, головним в підтримці благополуччя та здоров'я є постійне зосередження всіх зусиль на покращенні умов життя та праці. На макрорівні соціально-економічна політика повинна створювати такі умови навколишнього середовища при яких люди у всі періоди свого життя мали б більше можливостей реалізовувати свій потенціал здоров'я. На макрорівні ефективними можуть бути заходи, які ініціюються в конкретних соціальних умовах в яких люди живуть, спілкуються,

працюють, відпочивають – вдома, в школі, на роботі, в місцях відпочинку тощо. Важливими точками першого контакту являються служби медичної та соціальної допомоги, особливо служби первинної медико-санітарної допомоги, які працюють з сім'ями на дому, з працівниками на підприємствах, з групами людей в громадах протягом всього життя і особливо в критичних станах [1, 16].

ВООЗ відмічає, що для проведення ефективної діяльності з питань охорони громадського здоров'я є наявність відповідних ресурсів та інвестування, що забезпечує стійкість систем при міжсекторальному підході в напрямку збереження та зміцнення здоров'я населення [20, 28]. При цьому засновані на обліку та використанні ресурсів здоров'я підходи являються невід'ємною частиною стратегій покращення здоров'я та зниження соціальних нерівностей по відношенню до здоров'я.

### ВИСНОВКИ

Дії системи громадського здоров'я забезпечують збереження та зміцнення суспільного здоров'я. В умовах загальної глобалізації забезпечення безпеки, благополуччя та якості життя населення здійснюється шляхом виконання юридично обов'язкових Міжнародних документів які носять комплексний характер і є скерованими на попередження та подолання надзвичайних ситуацій в сфері громадського здоров'я.

**Результати подальших досліджень** пов'язані з вивченням впливу на стан громадського здоров'я України окремих факторів фізичного середовища.

### ЛІТЕРАТУРА

1. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2008 г. Первичная медико-санитарная помощь – сегодня актуальнее, чем когда-либо. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2008 ([http://www.who.int/whr/2008/whr08\\_ru.pdf](http://www.who.int/whr/2008/whr08_ru.pdf)).
2. Защитим здоровье детей в изменяющейся среде. Отчет о Пятой министерской конференции по окружающей среде и охране здоровья. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2010 ([http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0009/128691/e94331R.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0009/128691/e94331R.pdf)).
3. План действий по реализации Европейской стратегии профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями, 2012–2016 гг. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2011 ([http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0005/147731/wd12R\\_NCDs\\_111363-las.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0005/147731/wd12R_NCDs_111363-las.pdf)).
4. Рекомендации по надлежащей практике в обеспечении готовности к пандемии: Сформулированы на основе оценки ответных действий при пандемии гриппа А (H1N1). – 2009. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2010 ([http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0016/132910/e94534R.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0016/132910/e94534R.pdf)).
5. Рио-де-Жанейрская декларация по окружающей среде и развитию. Нью-Йорк, Организация Объединенных Наций, 1992 ([http://www.un.org/ru/documents/decl\\_conv/declarations/riodecl.shtml](http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/riodecl.shtml)).
6. Цели развития тысячелетия [веб-сайт]. Нью-Йорк, Организация Объединенных Наций, 2013 (<http://www.un.org/russian/millenniumgoals>).
7. Acheson D. Public health in England: the report of the Committee of Inquiry into the Future Development of the Public Health Function. London, H. M. Stationery Office, 1988.
8. Barton H et al. Healthy urban planning in European cities. Health Promotion International, 2009, 24:91–99.
9. Burden of disease from environmental noise. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010 ([http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0008/136466/e94888.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0008/136466/e94888.pdf)).
10. Earth Summit. Agenda 21. The United Nations Programme for Action from Rio. New York, United Nations, 1992 (<http://www.un.org/esa/dsd/agenda21>).
11. Environmental health inequalities in Europe. Assessment report. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012 ([http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0010/157969/e96194.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0010/157969/e96194.pdf)).

12. European action plan for strengthening public health capacities and services. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012. ([http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0005/171770/RC62wd12rev1-Eng.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0005/171770/RC62wd12rev1-Eng.pdf)).
13. European environment outlook. Copenhagen, European Environment Agency, 2005 (EEA Report no. 4/2005; [http://www.eea.europa.eu/publications/eea\\_report\\_2005\\_4](http://www.eea.europa.eu/publications/eea_report_2005_4)).
14. European process on environment and health [web site]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2013 (<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/environment-and-health/european-process-on-environment-and-health/governance>).
15. Health and environment in Europe: progress assessment. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010 ([http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0010/96463/E93556.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0010/96463/E93556.pdf)).
16. Health Organization, 2007 ([http://www.who.int/social\\_determinants/resources/csdh\\_media/hskn\\_final\\_2007\\_en.pdf](http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/hskn_final_2007_en.pdf)).
17. Human Development Report 2011 – Human Development Index trends 1980–2011. New York, United Nations Development Programme, 2011 (<http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr2011/download>).
18. International Health Regulations. IHR Core Capacity Monitoring Framework: checklist and indicators for monitoring progress in the development of IHR core capacities in States Parties. Geneva, World Health Organization, 2010 ([http://www.who.int/ihr/IHR\\_Monitoring\\_Framework\\_Checklist\\_and\\_Indicators.pdf](http://www.who.int/ihr/IHR_Monitoring_Framework_Checklist_and_Indicators.pdf)).
19. Lang T., Rayner G. Overcoming policy cacophony on obesity: an ecological public health framework for policymakers. *Obesity Reviews*, 2007, 8 (Suppl. 1):165–181.
20. Morgan A., Davies M., Ziglio E. Health assets in the global context. London, Springer, 2010.
21. Morris G. et al. Getting strategic about the environment and health. *Public Health*, 2006, 120:889–903.
22. PCT databank on soil-transmitted helminthiasis [online database]. Geneva, World Health Organization, 2013 ([http://www.who.int/neglected\\_diseases/preventive\\_chemotherapy/sth/db/index.html?units=minimal&region=EUR&country=all&countries=all&year=2010](http://www.who.int/neglected_diseases/preventive_chemotherapy/sth/db/index.html?units=minimal&region=EUR&country=all&countries=all&year=2010)).
23. Preventing disease through healthy environments. Towards an estimate of the environmental burden of diseases. Geneva, World Health Organization, 2006 ([http://www.who.int/quantifying\\_ehimpacts/publications/preventingdisease.pdf](http://www.who.int/quantifying_ehimpacts/publications/preventingdisease.pdf)).
24. Progress on sanitation and drinking-water, 2010 update. Geneva, World Health Organization, 2010 ([http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563956\\_eng\\_full\\_text.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563956_eng_full_text.pdf)).
25. Regional report on the status of implementation of the Protocol on Water and Health to the Convention on the Protection and Use of Transboundary Watercourses and International Lakes. Second session of the Meeting of the Parties (Bucharest, 23–25 November 2010). Economic Commission for Europe and WHO Regional Office for Europe, 2010 ([http://www.unece.org/fileadmin/DAM/env/documents/2010/wat/MP\\_WH/wh/ece\\_mp\\_wh\\_2010\\_2\\_E.pdf](http://www.unece.org/fileadmin/DAM/env/documents/2010/wat/MP_WH/wh/ece_mp_wh_2010_2_E.pdf)).
26. Rodier G. et al. Global public health security. *Emerging Infectious Diseases*, 2007, 13:1447–1452.
27. United Nations Economic Commission for Europe et al., eds. From transition to transformation: sustainable and inclusive development in Europe and central Asia. Geneva, United Nations Economic Commission for Europe, 2012 (<http://www.unep.org/roe/Portals/139/Moscow/From-Transition-to-Transformation.pdf>).
28. United Nations Secretary-General's High-level Panel on Global Sustainability. Resilient people, resilient planet: a future worth choosing. New York, United Nations, 2012.
29. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World urbanization prospects, the 2009 revision: highlights. New York, United Nations, 2010.
30. Unmasking and overcoming health inequities in urban settings. Geneva, World Health Organization and UN-HABITAT, 2010.
31. WHO guidelines on indoor air quality: dampness and mould. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009 ([http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0017/43325/E92645.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0017/43325/E92645.pdf)).

**Дата надходження рукопису до редакції: 17.09.2018 р.**



**Влияние системы общественного здоровья на безопасность здоровья общества**

Г.А. Слабкий, И.С. Миронюк,  
И.И. Кошеля, Л.А. Качала  
ГВУЗ «Ужгородский национальный университет»

**Цель работы:** исследовать влияние системы общественного здоровья на безопасность здоровья общества.

**Материалы и методы.** Во время проведения исследования использованы следующие методы: библиосемантический, структурно-логического анализа, системного подхода. Материалами исследований стали материалы ВОЗ по общественному здоровью.

**Результаты и их обсуждение.** Действия системы общественного здоровья обеспечивают сохранение и укрепления общественного здоровья путем комплексных действий профилактического характера. Мероприятия общественного здоровья направлены на снижение отрицательного воздействия на здоровье населения детерминант окружающей среды и социально-экономических детерминант.

**Выводы.** В условиях общей глобализации, обеспечение безопасности, благополучия и качества жизни населения осуществляется путем использования юридически обязательных Международных документов, которые носят комплексный характер и направлены на предупреждение и устранение чрезвычайных ситуаций в сфере общественного здоровья.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** система общественного здоровья, общественное здоровье, безопасность, обеспечение.

**Public health system influence upon the safety of public health**

G.O. Slabkiy, I.S. Mironyuk,  
I.I. Koshelya, L.A. Kachala  
SHEI "Uzhhorod National University"

**Goal of research:** to study the influence of public health system upon the safety of public health.

**Materials and methods.** The following methods were applied in the course of study: biblio-semantic, of structural-and-logical analysis, of systemic approach. WHO publications on public health were used as material for study.

**Results and their discussion.** The activity of public health system provides the saving and strengthening of public health by complex of prophylactic measures. The activity of public health is directed towards the decrease of negative impact of the determinants of surrounding and socio-economical determinants upon population health.

**Conclusions.** In the conditions of globalization the safety, wellbeing and quality of population life is provided by the use of legally compulsory International documents that have complete character and are directed towards prophylaxis and elimination of extreme situations in the sphere of public health.

**KEY WORDS:** public health system, public health, safety, provision.

**ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ**

**Слабкий Геннадій Олексійович** – д.мед.н., професор, завідувач кафедри громадського здоров'я УжНУ, пл. Народна, 3, м. Ужгород, 88000, Україна.

**Миронюк Іван Святославович** – д.мед.н., доцент, декан факультету здоров'я та фізичного виховання УжНУ, пл. Народна, 3, м. Ужгород, 88000, Україна.

**Кошеля Іван Іванович** – к.мед.н., головний лікар санаторія «Карпати», Закарпатська обл., Мукачівський р-н., с. Карпати, 1, 89641, Україна.

**Качала Лариса Олександрівна** – к.мед.н., доцент, доцент кафедри громадського здоров'я УжНУ, пл. Народна, 3, м. Ужгород, 88000, Україна.

## **Mental burden at experiencing anxiety and proper forms of psychohygiene**

**The Institute of Technology and Business in Ceske Budejovice, Czech Republic**

**Introduction.** People permanently face different kind of loads, stress, frustrations and conflicts, where some situations allow the person to solve them easily, some with difficulties, some are person is unable to cope with, thus the person is forced to go to the very bottom of his own mental and physical strengths. During the spell of long-lasting mental stress, fears and anxiety, the problematic and burdensome survival can be transformed into personal qualities, namely anxiety, aggression, etc. Long-lasting exposure to stress, together with personal abilities to cope with burdens can easily cause complications of daily performance in the society bound with accelerated reactions, especially at work, during the period of adaptation or treatment, when the person has to overcome various obstacles, that may cause permanent changes and long-lasting consequences of their own performance.

**Aim.** Burden, stressful situations are connected with the outer world environments but also our readiness and ability to cope with them that is preconditioned and depends on the pressure, burden or load we have to experience, together the mental relation or importance we give them. In our paper we try to overview the quantity and quality of misconduct, the way of their expression in the psychological burden frame.

**Methodology and material.** The work collects individual classification scale from normal, borderline, increased and extreme load and their characteristics with further revealed situations that remind us of the things or states we experienced for a long period of time and solved them, furthermore with different types of burden factors or obstacles, distinguishing basic types of mental stress situations of disproportionate roles and demands included, supplemented by problematic, frustrating, conflict, deprivation, and other stress situations.

Anxiety is an unpleasant emotional state, accompanied by similar mental and somatic symptoms as fear, that can be understood as a potential threat, where the individual really does not know what to do about it, but important is the state of preparedness for danger, experience and stress response. Anxiousness differs from fear, based on the cause or moment when it appears, because it is not in the realm of a particular world, but in the realm of thought in psychological reality. Anxiety belongs to the standard equipment of human organism or individual, as it is interconnected with symptoms appearing at the psychological level such as danger, concentration problems, insomnia, reduced libido, excessive vigilance, etc., and also on physical level such as shaking, headache, muscle tension, tiredness, vegetative hyperactivity, short breath, etc. PSI can distinguish positive fear forms that contribute to certain behaviour creation, while the negative fear forms dampen freed processes and behaviour. Psychological stress is able to affect human health in direct or mediated way, when the excessive load factors contribute to civilization diseases. During the unhealthy behaviour in stressful situations, people reduce their body defence by restricted ways of healthy behaviour, and expand the repertoire of unhealthy behaviour, bound with low sleep, smoking, alcohol drinking, drug use, etc. The "sick behaviour" can help people to strengthen, with more appeared symptoms than usually appear, but social support can positively influence on stress and burden.

**Conclusions and discussion.** In real life it is important to change our own approach to things, as to think positively, change our own behaviour, ways of organizing our lives, ways of ventilation, humour use, distracting attention, and changing our lifestyle. Most experts agree that balanced diet is extremely important for maintaining good health and reducing stress, some meals and drinks greatly stimulate the body, but others can cause the stress. Important thing is also to not to forget about sports activities associated with relaxation, offer oneself and the closest appropriate and healthy stimulating possibilities of cultural and social endeavours, that should be applied with adolescents and young adults as well. Coping and coping strategies and their training are important for our healthy life.

**Key words:** burden, anxiety, anxiousness, fear, stress, negative survival

The issues of burden and stressful situations historically come to the attention of psychological science from various areas of life. The scope of induced psyche state caused by a burden depends on the discrepancy range between the sum of demands from the external environment, and our readiness and awareness to cope with all of them, but at the same time, where the existing contradiction may actually exist or it can occur only as a result of our imagination. The way we are able to cope with the appeared load primarily depends on the subjective feelings of the pressure, our emotional relation we have with it, as well as the importance we ascribe to it (Bratska, 1992).

Miksik (in Vidova et al., 2014) stresses that our subjective experiencing of a mismatch, a disagreement of the claims laid on us by the external environment, with our own

prerequisites and claims to cope with them, can appear in a different scope, and in a different qualitative form. The quantity and the quality of experienced imbalance is expressed by the stages of psychological burden.

Miksik (2007) characterizes the levels of normal, increased, borderline, and extreme burden as follows:

1st level – Normal burden – we are usually familiar with claims that are connected with the tasks we have several times encountered and managed to solve them successfully.

2nd level – Increased burden – linked with situations where the usual, well-established ways of solving are insufficient, so they are new to us, and therefore, if we want to cope with them, we have to take an effort for its accomplishment.

3rd level – Borderline burden – arises when appears the significant mismatch between our readiness and demands of the external environment. This burden management often requires reaching to the bottom of mental reserves, and coping with such a burden is connected with some forms of behaviour, characteristic for the lower stages of human development, where the positive effects do not occur.

4th level – Extreme burden – occurs when appears a huge contradiction between the external environment demands and our options and assumptions. The imbalance is as huge as it is not in our forces to develop appropriate counter-pressure and defy it actively, thus these situations seem to be insoluble.

Bratska (1992) states that through the determination of burden level are obtained the information, necessary for anticipation of further human activities, their consequences, for taking possible measures to prevent the undesirable phenomena. However, the burden level determination is not an easy issue. What should be taken in mind is the fact, that it is an individual survival of each person, which may not have only the different form but also the different scope or size. The burden level can be changed with the same person based on the change of his or her inner state (e.g. in the case of danger, after taking on increased responsibility, the influence of great fatigue, etc.). The author also points out of many situations that may remind us of other things, issues or situations we experienced and solved long time ago. Just the similarities, along with differences help us (different types of burden factors – so-called obstacles) to distinguish basic types of mental burdens and stressful situations, namely the situations of disproportionate roles and demands, problematic situations, and situations that are frustrating, conflict, depriving, and stressful.

Anxiety is an unpleasant emotional state, where its cause cannot be defined more precisely. It is accompanied by similar psychic and somatic symptoms like fear, where there is the feeling of potential threat, but the individual does not really know what to do with it. The person is in the state of danger alert, and experiences the stress response. Taking into account specific situations, it is the fear that people are commonly not afraid of, but they are afraid of phobias (Praško, 2000). Anxiety differs from fear because its cause or evoking moment is not in the realm of a particular world, but it is the realm of thoughts within psychological reality. Anxiety belongs to the standard equipment of human organism or an individual. Honzák (1995) states that symptoms occur at the psychological level (feelings of danger, concentration problems, insomnia, decreased libido, excessive vigilance, etc.) and physical level (shaking, headache, muscle tension, tiredness, vegetative hyperactivity, shortened breath, etc.). Vagnerova (2000) states that such emotion arises when an individual feels that some of his personally important values are endangered. This way can be also judged with the college students when changing the style of learning (the difference between secondary school and college or university) and the new demands and expectations of themselves and their surroundings. Furthermore, we can think that anxiety can be of negative and positive character. Ručková (2018) reveals bipolar understanding of stress and stressful situations with young people in resocialization centres for alcohol and drugs addicted people who re-experience and re-evaluate their previous fears during the treatment process, what leads them

to experience the whole scale of symptoms on psychological as well as physiological level.

Positive meaning can be also understood the protection of an individual from harming and threat. Under certain conditions the person with own personality traits have adaptive function (controllability, manageability and comprehensibility), thus we talk about the emotions that make a significant contribution to formation and development of personality. The anxiety experience is the extent indicator, showing the scope of orientation in the world, thus it is used for self-understanding (Vymetal, 2000). Matejcek (2005) states that anxious people do not have an easy life, but on the other hand they have a richer emotional life, and experience many things more intensively than the others. Anxiety as a non-extreme form makes the person to be more affluent and able to live the richer inside life. Of course, to make the fear and anxiety to act really true, these emotions cannot occur in excessive scope. Then they act as a brake of personal development (Vymetal, 2004). Anxiety may be also useful when is associated with increased attention and sensitivity to a greater amount of stimuli, then associated with a better memorability of plentiful details, faster understanding of interconnections and larger units organization. Anxiety also revives old memory traces, so in urgent situations we can recall many important memories, thus up to a certain level it encourages our creative capabilities and, in order to resolve the troublesome situation, it leads us to unusual solutions. Hartl (2000) reveals that anxiety motivates an individual to change something, means to behave differently, what with someone can also dampen hostility as well as the effort to push too hard.

The negative meaning of anxiety appears when anxiety occurs too often, lasts too long, and its intensity is too big, especially taking into account the situation which caused it, or when the anxiety occurs in inadequate (Praško, 2000). In that cases it can negatively interfere everyday life performance of a person. Anxiety is the manifestation of "internal fear", for what we have no rational explanation and justification. If the intensity of anxiety exceeds certain level, the performance of an individual deteriorates, and increased sensitivity focuses only on the negative aspects. All physical manifestations bound with the increased activation of organism can be perceived more intensively, and we can attribute them with a healthy or life-threatening significance (Honzák, 1995). A high anxiety rate reduces motivation performance, and overall performance of a person, slows down thinking speed, at low levels it affects its effectiveness, further it slows solving of complex tasks. Through anxiety are reflected behaviour stereotypes. Anxiety also affects the effectiveness of communication. The speech of people under stress has a greater number of stereotypes, stumps, and corrections of both form and the expressed content (Drvota, 1971). A higher degree of anxiety leads to mental functions paralysis, as well as occurs decreased quality and quantity of performance. In extreme cases can resort to a primitive way of solving the problematic situations. According to Vymetal (2004), temporary disintegration can also occur if the person is not able to handle these emotions, and they become a serious problem that makes them difficult to function/perform. It can lead to anxiety disorders or in some cases also may occur certain personality disorders.

To understand causes and manifestations of anxiety, we must come from a particular concern, understand fear,

which is the mental burden dominator. The essential is to find the cause of hidden fears and "transfer" them to fears, what means to realize by what is our anguish or anxiety strengthened or supported, in particular we from "nothing" create "something" (Vymětal, 2004). What is important is to make from vague fears the proper concerns, which can be directly addressed, work and process them, and eliminate them. Inevitable is to know, and take into account the personality, exact developmental stage, in which the individual is found, and the related needs. Furthermore, we must take into account the previous experience and the function of mental defense mechanisms. Important is the knowledge of so-called "coping strategies" that help people to cope with a burden. Importance must be further concentrated on the recent state and overall condition of the individual, as well as his complex life situation. Important is also how an individual himself everything perceives and evaluates. The precondition for effective help to an individual is therefore awareness of circumstances that lead to excessive anxiety and fear, and their subsequent processing, removal (Vymětal, 2000).

Generally speaking, based on personal characteristics and the environment the primary management issue is: "What is important and what is not?", the secondary question is: "What can be done?", where the answer is the key factor. These questions belong to the basic psycho-hygienic or so-called "basic equipment" of each individual.

Resources for managing the coping resources can be divided as follows:

- bound directly to a person – intrapersonal resources (such as personality traits, abilities and skills);
- having an external relationship with a person – extra-personal resources (i.e.: social support, financial resources).

In the past the authors such as Suls, Harvey, David, Mill, Blatny, Kohout dealt with the relationship between coping and the personality formation, and all of them agree that a dynamic-functional approach to personality understands dealing with problem situations as a part of personality, thus they characterize the personality in terms of the scope of individual differences that begin with specific manifestation, when the individual is forced to handle the demands from the environment or handle some burden, which also affects the undergraduate- the student – pioneer at university environment. Based on Jung's cognitive theory and classical Hippocrates' typology of emotions, the approach follows the theory of personality system interaction (PSI). At personalities is taken into account the focus on positive or negative emotions, namely the activation of rewards and punishments, and the configuration of cognitive macro systems such as analytical thinking, holistic feeling, elementary feeling and perception, as well as the intuitive behavioural regulation. (Ručková, Varečková, 2012).

According to the PSI theory, the terms of positive and negative emotionality do not always correspond to the traditional linguistic meaning:

- Positive emotions indicate the acceptance of some object or choice for behaviour. e.g. anger, when involved in a certain behaviour creation, can be also a positive emotion.
- Negative emotions are defined based on the function to will and behaviour.

PSI can distinguish also a positive form of fear that contributes to the formation of a certain behaviour, while the

negative form of fear dampers free processes and behaviour (Millová, Blatny, Kohoutek, 2008).

Psychological load can affect the human health:

- directly – long-term excessive influence of load factors can contribute to civilization diseases occurrence;
- indirectly – through mediated way – certain disease occurs in a person only when comes to an interaction of the stress situation and predisposition to this disease;
- through unhealthy behaviour in stressful situation – people reduce the body defences by restricting the healthy behaviour and expanding the repertoire of unhealthy behaviour, such as low sleep, smoking, alcohol drinking, drug use, and others;
- through ill behaviour – people in psychological burden seek for medical help more often than those who do not survive that, although they may not be more seriously ill, because their "sick behaviour" is being strengthened, they may show more symptoms of illness than they actually have).

Social support positively addresses coping with stress and burden, what was proved by Baumgartner, Adamkova (2001), Ruckova (2014), Varečková, Oláh (2016), Stančíak (2017) and other researchers, and was proved that for a person in a distress situation social support becomes extremely important, where it is understood as a system of valuable social relations that help people to reach their goals, and protect themselves from the harmful effects of stressful situations (Stančíak, Novotný, 2016). Therefore it is appropriate to realize our goals in accordance with our inner conviction, our personality, temperament and motivation.

## CONCLUSIONS

"One can do whatever he wants, but he cannot cause it to" are Schopenhauer's words from which come out the basic parameter of psycho-hygiene, and the part of qualities and possibilities re-evaluation based on knowledge. The rectification process is divided into three main categories: change of thinking, change of behaviour and change of lifestyle.

In conclusion, try to be more specific: change our own approach to things, involve positive thinking, change own behaviour, change life organization, ventilate the problems, involve humour, distract attention and change the lifestyle.

Most experts agree that balanced diet is an extremely important for proper health maintenance and stress reduction. Some meals and drinks strongly stimulate the body, and are therefore they may become a major cause of stress. Except for a balanced diet, it is necessary not to forget about the sport activities associated with relaxation, and offer oneself and the nearest the adequate and health stimulating possibilities of cultural and social endeavours. This can be applied to adolescents as well as to young adults. Anxiousness – opposed to anxiety – as the current state of our survival – is characterized as a personality trait of a person. Individuals with a higher level of anxiousness have a greater tendency to experience anxiety in many situations. Based on the gained knowledge backed by the above mentioned theories and works, we come from the information that anxious individuals are experiencing anxiety much more often, and their emotion palette is more variegated than with un-anxious individuals. Their overall survival is also more often of negative nature, so we can talk about feelings of inferiority, unjustified worries, fears, etc.

## BIBLIOGRAPHY

1. Baumgartner, F., Adamková, S. 2001. Úloha sociálnej opory v zvládaní náročných situácií. In Sarmány Schuller, I. (Ed.): *Psychológia pre bezpečný svet človeka*. Bratislava: Stimul.
2. Bratská, M. 1992. *Vieme riešiť záťažové situácie?* Bratislava: SPN, 1992.
3. Drvota, S. 1971. *Úzkost a strach*. 1. vyd. Praha: Avicenum. 275 s.
4. Hartl, P., Hartlová, H. 2000. *Psychologický slovník*. 1.vyd. Praha: Portál. 577 s.
5. Honzák, R. 1995. *Strach, tréma, úzkost a jak je zvládnout*. 1. vyd. Praha: Maxdorf. 70 s.
6. Matějček, Z. 2005. *Výběr z díla*. 1. vyd. Praha: Karolinum. 445 s.
7. Mikšík, O. 2007. *Psychologická charakteristika osobnosti*. Praha: Karolinum.
8. Millová, K., Blatný, M., Kohoutek, T. 2008. *Osobnostné zvládanie záťaže*. e-psychologie, Elektronický časopis ČMPS, roč. 2, č. 1.
9. Praško, J., Prašková, H. 2000. *Úzkostné a fobické poruchy*. Praha: Galén. 102 s.
10. Ručková, G. 2014. *Copingové stratégie*. In: *Zvládanie záťažových a konfliktných situácií*. – Trnava: Totem. – s. 39-45.
11. Ručková, G., Varečková, L. 2012. *Coping with strenuous life situations and stress elimination in the work environment*. In: *Humanities across the Borders: collection of papers / editors-in chief: O.L.Byessonova, N.I.Panasenko*. – Donetsk: Donetsk National University. ISBN 978-966-639-526-2. – S. 277-282.
12. Ručková, G., Sedalík, M. 2018. *Druhy a príčiny vzniku závislosti na psychoaktívnych látkách u študentov stredných škôl a ich dôsledky na kognitívne schopnosti vo vývinovom období*, *Mladá veda: Vol.5, Vol. 5 (9)*, pp. 93-111 93 <http://www.mladaveda.sk>.
13. Stančíak, J., Novotný, J. 2016. *Drogy, relaps, resocializácia*. Trnava, Váry, 2016. 158 s.
14. Stančíak, J., Samohýl M. 2017. *Vybrané kapitoly drogových závislostí a ich prevencia*. Trnava. Váry 127 s.
15. Varečková, Ľubica, Oláh Michal. 2016 : *Emotions and coping with them in the system of social custody : Alternative child custody : "Cochem's model" / ed. Michal Oláh ; Nädlac : Vydavateľstvo Ivan Krasko, 2016. – s. 179-183.*
16. Vágnerová, M. 2000. *Vývojová psychologie*. Praha: Portál. 528 s.
17. Vidová, D. 2014. *Zvládanie záťažových a konfliktných situácií : nadstavbový modulárny kurz*. Totem. 66 s.
18. Vymětal, J. 2004. *Úzkost a strach u dětí*. 1.vyd. Praha: Portal. 184 s.
19. Vymětal, J. a kol. 2000. *Speciální psychoterapie*. 2. vyd. Praha: Psychoanalytické nakladatelství. 400s.

*Дата надходження рукопису до редакції: 21.08.2018 р.*

### **Психологічне перевантаження під час тривоги та відповідні форми психогігієни**

*Варечкова Любіца*

Інститут технологій і бізнесу,  
Чеське-Будейовице, Чеська республіка

**Мета.** Перевантаження, стресові ситуації пов'язані не лише з зовнішніми чинниками, а також – із нашою готовністю та здатністю долати їх. Ці риси мають адаптаційні властивості і залежать від тиску, перевантаження чи напруги, з якими ми зустрічаємося, та від психологічного ставлення до них або важливості, яку ми їм надаємо. У даній роботі ми намагаємося кількісно та якісно охарактеризувати поведінкові порушення і їх прояви під час психологічного перевантаження.

**Методологія та матеріали.** У роботі зібрані окремі класифікаційні шкали, з характеристикою напруженості (нормальна, межова, висока та надзвичайно висока) і подальшим описом ситуацій, що нагадують нам про довготривалі проблеми чи стани, які ми подолали. Також тут наведені різні типи навантажувальних факторів або перешкод, розмежовані основні психологічні стресові ситуації, включно з ситуаціями «диспропорційності ролей та вимог». Крім того, наведені стресові ситуації, пов'язані з проблемами, фрустрацією, конфліктами, депривацією і т.д.

Тривога – це несприятливий емоційний стан, психосоматичні симптоми якого подібні до симптомів

страху. Тривога може сприйматися як відчуття потенційної загрози, з якою особистість не вміє боротися; але важливим у її сприйнятті є стан готовності до небезпеки, досвід і форма реагування на стрес. Тривожність відрізняється від страху, адже її причину чи момент виникнення неможливо виявити у реальному світі, вони існують у сфері думок, психологічній реальності. Тривогу відносять до стандартних властивостей людського організму чи особистості, оскільки вона викликає психологічні симптоми, наприклад відчуття небезпеки, порушення концентрації, безсоння, зменшення лібідо, надмірну застережливість та ін., а також – фізичні симптоми, такі як тремтіння, біль голови, м'язове напруження, втому, гіперактивність вегетативної системи, задишку тощо. Психологічне товариство Ірландії (PSI) виокремлює позитивні форми страху, що допомагають становленню певної поведінки, і негативні форми, які уповільнюють процеси звільнення від страху та загальмовують поведінку. Психологічний стрес може безпосередньо чи опосередковано впливати на здоров'я людини: фактори перенапруги сприяють появі хвороб цивілізації. Через «нездорову поведінку» у стресових ситуаціях опірність людського організму знижується. Це пов'язано з обмеженням здорових звичок та нездоровими звичками, наприклад недостатнім сном, курінням, вживанням алкоголю чи наркотиків тощо. Завдяки «хворобливій поведінці» особистість часто стає сильнішою, переживаючи більше негативних симптомів,

ніж зазвичай. Однак, в умовах стресу чи перевантаження зазвичай допомагає підтримка оточення.

**Обговорення та висновки.** У реальному житті велике значення має зміна нашого ставлення до речей, а саме – позитивно мислити, скоригувати свою поведінку і життєвий графік, більше перебувати на свіжому повітрі, вдаватися до гумору, відволікатися від проблем та змінити спосіб життя. Більшість фахівців висловили думку про надзвичайну важливість збалансованого харчування для підтримки достатнього рівня здоров'я та зниження стресу; деякі страви та напої мають сильний стимулюючий вплив на організм, а інші – можуть викликати стрес. Слід також не забувати про релаксуючі заняття спортом. Необхідно обирати для себе та своїх близьких правильні і здорові мотивуючі заходи, культурні та соціальні, в яких можуть брати участь підлітки і молодь. Боротьба з проблемами, знання відповідних стратегій і навчання подоланню проблем є важливими складовими нашого здорового способу життя.

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** перевантаження, тривога, тривожність, страх, стрес, негативне переживання

### **Психологические перегрузки во время тревоги и соответствующие формы психогигиены**

*Варечкова Любица*

Институт технологий и бизнеса,  
Чешские-Будейовице, Чешская республика

**Цель.** Перегрузки, стрессовые ситуации связаны не только с внешними факторами, а также – с нашей готовностью и способностью преодолевать их. Эти черты адаптации зависят от давления, перегрузки или напряжения, с которыми мы встречаемся, и от психологического отношения к ним или важности, которую мы им предоставляем. В данной работе мы стремимся количественно и качественно охарактеризовать поведенческие нарушения и их проявления во время психологической перегрузки.

**Методология и материалы.** В работе собраны отдельные классификационные шкалы, с характеристикой напряженности (нормальная, предельная, высокая и чрезвычайно высокая) и последующим описанием ситуаций, напоминающих нам о долговременных проблемы или состояниях, которые мы преодолели. Также здесь приведены различные типы нагрузочных факторов или препятствий, разграничены основные психологические стрессовые ситуации, включая ситуации «диспропорции ролей и требований». Кроме того, приведены стрессовые ситуации, связанные с проблемами, фрустрацией, конфликтами, депривацией и другие.

Тревога – это неблагоприятное эмоциональное состояние, психосоматические симптомы которого подобные симптомам страха. Тревога может

восприниматься как ощущение потенциальной угрозы, с которой личность не умеет бороться; но важным в ее восприятии является состояние готовности к опасности, опыт и форма реагирования на стресс. Тревожность отличается от страха, ведь ее причину или момент возникновения невозможно обнаружить в реальном мире, она существует в сфере мыслей, психологической реальности. Тревогу относят к стандартным свойствам человеческого организма или личности, поскольку она вызывает психологические симптомы, например чувство опасности, нарушение концентрации, бессонница, снижение либидо, чрезмерную осмотрительность и др., а также – физические симптомы, такие как дрожь, головная боль, мышечная напряженность, усталость, гиперреактивность вегетативной системы, одышку и тому подобное. Психологическое общество Ирландии (PSI) выделяет положительные формы страха, помогающие становлению определенного поведения, и отрицательные формы, которые замедляют процессы освобождения от страха и затормаживают поведение. Психологический стресс может прямо или косвенно влиять на здоровье человека: факторы перенапряжения способствуют появлению болезней цивилизации. Из-за «нездорового поведения» в стрессовых ситуациях сопротивляемость человеческого организма снижается. Это связано с ограничением здоровых привычек и нездоровыми привычками, например недостаточным сном, курением, употреблением алкоголя или наркотиков и тому подобное. Благодаря «болезненному поведению» личность часто становится сильнее, переживая больше негативных симптомов, чем обычно. Однако, в условиях стресса или перегрузки, обычно помогает окружение.

**Обсуждение и выводы.** В реальной жизни большое значение имеет изменение нашего отношения к вещам, а именно – позитивно мыслить, скорректировать свое поведение и жизненный график, больше находиться на свежем воздухе, прибегать к юмору, отвлекаться от проблем и изменить образ жизни. Большинство специалистов высказали мнение о чрезвычайной важности сбалансированного питания для поддержания достаточного уровня здоровья и снижения стресса; некоторые блюда и напитки имеют сильное стимулирующее воздействие на организм, а другие – могут вызвать стресс. Следует также не забывать о релаксирующих занятиях спортом. Необходимо выбирать для себя и своих близких правильные и здоровые мотивирующие культурные и социальные мероприятия, в которых могут принимать участие подростки и молодежь. Борьба с проблемами, знание соответствующих стратегий и обучение преодолению проблем являются важными составляющими нашего здорового образа жизни.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** перегрузка, тревога, беспокойство, страх, стресс, негативное переживание

### **ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРА**

*Varečková Lubica* – PaedDr. PhD, Vysoká škola technická a ekonomická v Českých Budějovicích, Okružní 517/10, 370 01 České Budějovice, Česká Republika.

**МАТЕРІАЛИ УЧАСНИКІВ КОНФЕРЕНЦІЇ**  
**«МАРКЕРИ ОЦІНКИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ЧЕРЕЗ ПРИЗМУ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я»**  
**(8–9 ЛИСТОПАДА 2018 РОКУ)**

---

*О.В. Басва, Н.К. П'ятниця-Горпинченко, В.І. Слободкін, Н.М. Тарасова, Г.В. Клименко*

**Визначення якості життя населення в умовах сьогодення**

**ПВНЗ «Київський медичний університет», м. Київ, Україна**

**Вступ.** Прагнення України увійти в Європейську співдружність країн та у Європейський союз неможливе без покращення якості життя населення. Від якості життя населення, в тому числі студентської молоді, залежить якість трудового потенціалу і соціально-економічний розвиток держави. В 2010 році Рада Європейського союзу прийняла відповідну стратегію розвитку – «Європа 2020: Стратегія розумного, сталого і інклюзивного зростання», яка базується на здійсненні аналізу моніторингу якості життя населення країн Європейського союзу. Нажаль, в Україні, в останні роки спостерігається тенденція щодо погіршення стану здоров'я студентів, включаючи студентів-медиків. У зв'язку з цим актуальним питанням сьогодення є визначення якості життя студентської молоді з метою розробки рекомендацій щодо збереження і зміцнення їх здоров'я, здійснення первинної профілактики захворювань [1–4].

**Мета.** Узагальнити та проаналізувати сучасні дані щодо визначення якості життя населення.

**Матеріали та методи.** Аналіз та узагальнення сучасних наукових публікацій, що стосуються визначення якості життя населення.

**Результати.** Категорію якості життя введено в науковий обіг ще у 1960-х роках ХХ ст. Вивченню якості життя присвячено багато робіт зарубіжних та вітчизняних дослідників – Дж. Мулліна, С. Сірджі, Е. Лібанова, Н. Лук'яченко, Л. Шаульська, В. Геєць, С. Пирожков, Л. Шевченко, В. Мандибур та ін. Вітчизняні науковці досліджували тенденції та специфіку якості життя в Україні та обґрунтовували напрями її покращення [2, 5, 6].

Сьогодні існує багато підходів до визначення категорії «якість життя». Якість життя (англ. quality of life, скор. QOL; нім. Lebensqualität, скор. LQ) – економіко-філософська категорія, яка постійно розвивається і характеризує матеріальну та духовну складові існування людей. Експерти Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) дали наступне визначення якості життя – «це сприйняття людиною своєї позиції у житті, у тому числі фізичного, психічного та соціального благополуччя, залежно від якості середовища, в якому вона живе, а також ступеня задоволення конкретним рівнем життя та іншими складовими психологічного комфорту» [2, 5, 6]. В сучасних дослідженнях якість життя людини розглядається як інтегральна характеристика її стану, що складається з фізичного (можливість виконання фізичної роботи, здатність до самообслуговування), психологічного (психологічний добробут, тривога, депресія, поведінка людини), соціального (соціальну підтримку, робота, персональний ріст та майстерність, громадські зв'язки) компонентів. Якість життя – це ступінь відповідності умов і рівня життя науково обґрунтованим нормативам або визначеним стандартам. Під якістю життя розуміють також задоволеність населення життям з точки зору широкого набору потреб та інтересів – індикатори рівня життя як економічної категорії, умови праці і відпочинку, житлові умови, соціальна забезпеченість і гарантії, охорона правопорядку і дотримання прав особистості, природнокліматичні умови, показники збереження навколишнього середовища, наявність вільного часу і можливість його раціонально використовувати, відчуття спокою, комфортності і стабільності. Якість життя – це суб'єктивне відчуття, близьке до щастя та особистого благополуччя. Так, Дж. Зіванні й інші автори у якості життя виділяють емоційний компонент (щастя) і когнітивно-сприймаючий (задоволення життям). Об'єктами щастя є: спрямованість на іншого, безконфліктність спілкування, довірливі стосунки, емпатія (співчуття), розуміння іншого тощо. Необхідно зазначити, що не можна ототожнювати поняття якості життя з рівнем життя. Рівень життя – це складна комплексна соціально-економічна категорія, що виражає ступінь задоволення матеріальних і духовних потреб людини. Ця категорія є важливим соціально-економічним критерієм при виборі напрямів і пріоритетів економічної та соціальної політики держави, а також для планування соціально-економічного розвитку країни. На формування рівня та якості життя населення впливає безліч факторів – особистісні, родинні та зовнішні чинники (соціально-економічна та політична ситуація в країні, стан і тенденції розвитку національної економіки, кон'юнктура ринку тощо). Вивчення складових якості життя дає змогу визначити рівень якості життя окремої особи, груп населення та виявити показник, який істотно на її впливає [2, 3, 5, 6].

Сьогодні виділяють два методологічних підходи до вимірювання якості життя населення. В рамках першого підходу, людина сама визначає основні критерії визначають якість життя, і сам їх оцінює. Інформацію за даними оцінками можна отримати тільки через соціологічні дослідження, яке показує думку самого населення. При другому підході оцінюються умови на основі об'єктивних даних (якість житла, умови праці, доступність освіти та ін.). Тобто будується система соціальних індикаторів, здатних найбільш повно відобразити систему формування добробуту, зіставляти їх з фактичними умовами. Наприклад, ВООЗ пропонує оцінювати якість життя за такими параметрами: фізичні – самопочуття, енергійність, втома, працездатність, сон і відпочинок; психологічні – самооцінка, пізнавальні процеси, концентрація, позитивні емоції, негативні переживання, мислення, саморегуляція; ступінь незалежності – повсякденна активність, працездатність,

залежність від ліків і лікування; життя в суспільстві – повсякденна активність, соціальні зв'язки, дружні зв'язки, суспільна значущість, професіоналізм; навколишнє середовище – житло та побут, безпека, дозвілля, доступність інформації, екологія (клімат, забрудненість, щільність населення); духовність і особисті переконання. При цьому оцінка якості життя населення потребує використання системи порівняльних показників з метою зіставлення. В цьому контексті необхідно зазначити, що опубліковані роботи, де вивчається якість життя населення, зокрема, студентів вищих навчальних закладів різного профілю, що дає можливість оцінити їх якість життя та впровадити адекватні заходи щодо підвищення її рівня [1, 3–5, 6–10].

Крім того, розроблено досить багато опитувальників для оцінки якості життя населення (WHOQoL-100, Sickness Impact Profile, Nottingham Health Profile, EuroQoL-5D, Economist Intelligent Unit та ін.). Вимоги до опитувальника оцінки якості життя включають – багатомірність, простота і лаконічність, прийнятність питань, застосування в різних мовних і соціальних культурах. Так, за допомогою короткого опитувальника ВООЗ для оцінки якості життя (WHOQOL-BREF) можна визначити її стан за 6 шкалами: загальне сприйняття якості життя, загальне сприйняття стану здоров'я, фізичне і психологічне благополуччя, самосприйняття, мікросоціа. В країнах Європи та США для дослідження якості життя широко використовується анкета SF-36 (The Short Form-36). Згідно із загальноприйнятою методикою щодо проведення анкетування, відповіді на кожне запитання варіюють від 0 до 100 балів (повне здоров'я). Низькі бали є показниками певних обмежень у якості життя студентів. Відповіді згруповують у вісім шкал: фізична діяльність (PF), рольова діяльність, обумовлена фізичним станом (RP), інтенсивність болю (BP), загальний стан здоров'я (GH), життєва активність (VT), соціальна діяльність (SF), рольова діяльність, обумовлена емоційним станом (RE), психічне здоров'я (MH). Існують також спеціальні опитувальники, наприклад, для вивчення якості життя у окремих категорій і груп пацієнтів-Gastrointestinal Symptom Rating Scale, Arthritis Impact Measurement Scale, Functional Assessment of Multiple Sclerosis, Oral Health Quality of Life. Проте, незважаючи на ступінь вирішення проблематики підвищення рівня та якості життя населення, ряд принципових питань залишається дискусійним і до кінця не вирішеним [2, 4–6, 9, 10]. Отже, поняття «якість життя» включає в себе велику кількість показників, які треба враховувати при оцінці якості життя. Але при цьому проблема полягає в тому, що не існує загальновизнаної методики та інструментарію, які могли б використовуватися для оцінки якості життя [6, 8].

#### **Висновки**

1. Якість життя – економіко-філософське поняття, яке характеризує багатогранні аспекти стану людини (фізичний, психологічний, соціальний);
2. Необхідно відрізнити категорії «якість життя» і «рівень життя»;
3. Розроблені відповідні методологічні підходи до оцінки якості життя;
4. Використання спеціальних анкет широко використовують для визначення якості життя, в тому числі студентської молоді;
5. Це дозволяє визначити основні критерії, що чинять вплив на якість життя населення, рекомендувати оздоровчі заходи та попереджати захворювання;
6. Сьогодні не існує загальноприйнятої методики визначення якості життя населення.

#### **Список використаної літератури**

1. Андрійчук О., Пантік В., Ковальчук В., Савчук С. Складові якості життя студентів в Україні та Польщі / О.Андрійчук, В.Пантік, В.Ковальчук, С.Савчук // Збірник тез доповідей 1 міжнародної науково-практичної конференції, 14-16 червня, 2016, Луцьк-Світязь, 2017. Режим доступу: [https://www.researchgate.net/publication/318310690\\_SKLADOVI\\_AKOSTI\\_ZITTA\\_STUDENTIV\\_V\\_UKRAINI\\_TA\\_V\\_POLSI](https://www.researchgate.net/publication/318310690_SKLADOVI_AKOSTI_ZITTA_STUDENTIV_V_UKRAINI_TA_V_POLSI) [accessed Oct 18 2018].
2. Віговська О. Якість життя особистості: теоретико-емпіричні доробки сучасної психології. Режим доступу: <http://social-science.com.ua/article/1055>.
3. Курко Я.В. Аналіз параметрів якості життя студентів різних спеціальностей. Режим доступу: <https://cyberleninka.ru/article/n/analiz-parametrov-kachestva-zhizni-studentov-raznyh-spetsialnostey>
4. Волкова В.В., Волинець Л.М. Якість життя студентів-медиків з різними рівнями емоційного стану та способу життя / В.В. Волкова, Л.М.Волинець // Український науково-медичний молодіжний журнал. – № 2. – 2012. – С. 58-61.
5. Сабиров О., Хомич А., Самчук О. Стан фізичного й психологічного компонентів здоров'я в якості життя студентів вищих навчальних закладів / О.Сабиров, А.Хомич, О.Самчук // Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві: збірник наукових праць. – № 4 (55). – 2015. – С.113-117.
6. Рябека О.Г. Оцінка рівня та якості життя населення / О.Г. Рябека // Економіка та держава № 11/2014. – С. 46-48.
7. Чупров И. В. Основные подходы к оценке качества жизни населения // Молодой ученый. – 2016. – № 27. – С. 529-532. – URL <https://moluch.ru/archive/131/36329/> (дата звернення: 03.11.2018).
8. Тихонравов С.Н., Комаренко О.А. Методологические подходы к исследованию категории «качество жизни» / С.Н. Тихонравов, О.А. Комаренко // Вісник економіки транспорту і промисловості. – № 52. – 2015. – С. 219-225.
9. Россосанский А. И. Оценка качества жизни населения: обзор методологических подходов // Молодой ученый. – 2013. – №11. – С. 440-445. – URL <https://moluch.ru/archive/58/8095/> (дата звернення: 03.11.2018).
10. Пономарьов В.І., Вовк В.І., Дунаєв В., Матвієнко Ж.І., Черненко М.Є. Якість життя студентів-курців у порівнянні з студентами некурцями та студентами-вейперами // Український журнал «Чоловіче здоров'я, гендерна та психосоматична медицина». – № 1–2 (05). – 2017. – С.118–120.



## Сон як один із чинників впливу на якість життя людини

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки*

**Вступ.** Сон – фізіологічний стан головного мозку, нервової системи і організму, що характеризується різким зниженням рухливості, слабкою реакцією на зовнішні подразники і особливою активністю нейронів головного мозку.

Сон – періодичний функціональний стан організму людини, який характеризується вимкненням свідомості й зниженням здатності нервової системи відповідати на зовнішні подразники.

Основною функцією сну є відновлення фізичних та психічних сил, що дає можливість найкраще адаптуватись до зміни умов зовнішнього і внутрішнього середовищ. Вища координація вісцеральних функцій здійснюється під час сну за участю кори мозку. Зважаючи на таку важливість значення сну, його структура є дуже вразливою і може змінюватись під впливом безлічі факторів (порушення режиму сну, стрес, температура зовнішнього середовища, психосоматичні захворювання, вживання фармацевтичних засобів та ін.), а це може дуже серйозно позначитись на здоров'ї в цілому. Сон – це чергування функціональних станів головного мозку, тому думку про те, що він є «відпочинком» головного мозку можна сміливо вважати хибною.

За останні роки дуже часто почали використовувати термін «якість життя пов'язана зі здоров'ям». У сучасній охороні здоров'я оцінка якості життя людей розглядається як інтегральна характеристика її стану, що складається з фізичного, психологічного, соціального компонентів. За останнє десятиліття спостерігається наростання погіршення стану здоров'я, що обумовлено високим навантаженням на роботі, хронічним стресом, гіподинамією, погіршенням якості харчування та характеру сну, що призводить до погіршення фізичного і нервово-психічного здоров'я.

Розлади сну – це одна із найбільш частих скарг, з якими зустрічається лікар. Майже третина дорослого населення відчуває тимчасові чи постійні труднощі, що пов'язані з розладами сну. Згідно з результатами одного з опитувань, яке було проведено в США інститутом Геллапа, 36% дорослих людей мають проблеми зі сном, із яких 9% є хронічними, а 27% – гострими.

Згідно Міжнародній класифікації розладів сну (третє видання), безсоння визначається як суб'єктивні скарги на складності ініціювання сну, труднощі підтримки сну, або пробудження рано вранці, які відбуваються протягом мінімум 3 ночей на тиждень, не менше 3-х місяців, і пов'язані зі значними наслідками в денний час. Приклади цих наслідків в денний час включають труднощі з концентрацією уваги, розлади настрою, втому і побоювання щодо порушень сну у майбутньому.

**Мета.** Проаналізувати наскільки сон впливає на здоров'я людей та на якість життя в цілому.

**Матеріали та методи.** Для аналізу було використано медичну літературу, наукові статті, що стосувались даної тематики.

**Результати.** Дисфункції сну у людей дають ряд соматичних і поведінкових проявів, що негативно впливають на здоров'я в цілому і погіршують якість життя взагалі.

Хороший, якісний сон включає в себе відновлення клітин центральної нервової системи; потужну профілактику багатьох захворювань, зміцнення імунітету; покращення пам'яті; підвищення концентрації уваги; зниження стресу (після хорошого сну вироблення кортизолу (гормон стресу) знижується); зниження ймовірності депресії; покращення фізичних показників людини.

Сон збільшує тривалість життя. Дослідження показали, що найбільш оптимальною середньою тривалістю сну є 7–8 годин. Люди, які сплять менше 6 годин або більше 10 годин щоденно, живуть менше. Регулярний недосип значно знижує працездатність людського організму.

В наш час дуже поширеним є порушення сну у підлітків через перенасичений спосіб життя. Навчальний рік вимагає свого ритму, каникули свого, а тому всі режими збиваються, адже підлітки люблять погуляти подовше, допізна сидіти за комп'ютером або в телефоні. До цього всього ще є додаткові заняття, контрольні роботи, музичні школи, спортивні гуртки, вивчення іноземних мов – без цього всього зараз нікуди. А тому підлітки часто страждають на недосипання.

Більшість людей, які здобули вищу освіту свої студентські роки асоціюють з періодом, коли вони мали найменше часу, для повноцінного сну. Велике навчальне навантаження, а також активне студентське дозвілля вимагають нічного неспанья. У період сесій сон може порушуватись ще й через стрес, що пов'язаний із здачею іспитів. Окрім всього вище зазначеного студенти часто потерпають від побутових проблем, які можуть позначитись на якості їх сну, наприклад, галасливі сусіди, незручне ліжко, холод тощо. Багато молоді для того, щоб не залежати від своїх батьків або для забезпечення вже власної сім'ї повинні вирішувати свої фінансові проблеми і шукають підробітку у вільний від навчання час. Дехто одночасно намагається здобути дві різні освіти. Соціально-політичні проблеми, що відбуваються в суспільстві, зокрема і у нашій державі, можуть впливати на психічний стан студентів, і як наслідок на їх сон. Майже постійна криза в суспільстві робить дестабілізуючий вплив на молодь, вносячи в їх життя переживання невизначеності, напруження, безнадії та розчарування. Із усіх вікових верств студенти є найбільш чутливими до соціальних проблем і гостро на них реагують.

Занадто мало сну в дорослому житті значно підвищує ризик розвитку хвороби Альцгеймера. Причини цього важко узагальнювати, але, по суті, це пов'язано з відкладенням амілоїду (токсин білка), які накопичуються в мозку людей, які страждають від цієї хвороби, вбиваючи навколишні клітини. Під час глибокого сну такі відкладення ефективно очищають мозок.

Ряд досліджень показав, що порушення сну має досить шкідливий вплив на рівень самооцінки здоров'я, захворюваність на серцево-судинні, це ребро-васкулярні, метаболічні розлади, якість життя і смертність. Поширеність безсоння вища у тих людей, що мають неприємні відчуття в животі, генералізований біль у тілі та безперервні головні болі.

До типових психологічних факторів схильності до інсонії можна віднести тривожність, депресивність, іпохондричні риси особистості.

**Висновки.** Хороший сон – це основна складова здорового способу життя, яка позитивно впливає на роботу серця, концентрацію уваги, покращує нстрій та самопочуття, знижує ризик різних захворювань та рівень стресу. Якісний сон – це наше психічне благополуччя.

Здоровому сну сприяють відсутність дисфункціональних переконань щодо сну, емоційна стабільність, низький рівень тривожності, комунікабельність, відкритість, самостійність, відсутність емоційної напруги та активність студентів.

Вченими приблизно підраховано, що людина проводить уві сні майже третину свого життя. У сфері вивчення сну постійно проводяться дослідження, спостереження, експерименти. Після цього зроблено висновок, що сон нам потрібний, його користь беззаперечна і він на пряму впливає на якість нашого життя.

У всіх випадках безсоння велике значення має суворе дотримання режиму праці, відпочинку і прийому їжі, раціональне збільшення фізичного навантаження (лікувальна гімнастика, прогулянки перед сном). Як показали сучасні дослідження, снодійні можуть змінювати співвідношення між повільним і швидким сном, не викликаючи нормального сну.

Отже, можна сказати, що скільки людей – стільки й причин та типів безсоння. Кожен випадок є індивідуальним та потребує хорошого і уважного підходу фахівця. На рішення про вибір лікування в першу чергу будуть впливати симптоми і скарги.

#### **Список використаної літератури**

1. <https://neuronews.com.ua/ua/issue-article-1660/Rozladi-snu-u-osib-litnogo-viku#gsc.tab=0>.
2. Пулик О.Р. Курс «Нервові хвороби та нейрохірургія», тема «Розлади сну».
3. Белоусов Д.Ю. Качество жизни, связанное со здоровьем детей: обзор литературы / Д.Ю.Белоусов // *Качеств. Клин. Практика.* – 2008. – №2.
4. Новик А.А. Исследование качества жизни в педиатрии / А.А.Новик, Т.И.Ионова, Т.П.Никитина // *Вестн. Межнац. Центра исследования качества жизни.* – 2004. – № 3–4.
5. <https://www.obozrevatel.com/ukr/health/neurology/korotkij-son-korotke-zhittya-chim-zagrozhue-postijnij-nedosip.htm>.
6. Тхостов А.Ш., Левин Я.И., Рассказова Е.И. Психологическая модель инсомнии: факторы хронификации // *Вестник МГУ. Серия 14. Психология.* – 2007. – №3.

*Білень Я.Є., Романів О.П., Надь Б.Я.*

### **Симптомокомплекс психічних розладів при епілептичній хворобі як один із чинників впливу на якість життя дітей із даним захворюванням**

**ДВНЗ «Ужгородський національний університет», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки**

**Вступ.** За статистикою ВООЗ, у світі від епілепсії страждає близько 65 млн людей. Це враховуючи те, що на сьогодні розроблено цілком ефективне лікування, яке дозволяє попередити напади, три чверті людей з епілепсією не проходять лікування, а просто терплять свою хворобу, переживаючи періодичні напади.

За оцінками, у глобальних масштабах епілепсія щорічно діагностується у 2,4 млн людей. У країнах із великим рівнем доходу число нових щорічних випадків захворювання на рівні всього населення складає від 30 до 50 на 100 тис. осіб. В країнах з низьким та середнім рівнем доходу цей показник може бути вдвічі вищим.

Найімовірніше це пов'язано з підвищеним ризиком захворювання такими ендемічними хворобами як малярія та нейроцистицеркоз; підвищеним показником дорожньо-транспортного травматизму; пологовими травмами, а також відмінностями в медичній інфраструктурі, наявністю програм з профілактики та доступної медичної допомоги. Майже 80% людей з епілепсією живуть в країнах з низьким та середнім рівнем доходу.

Судомний напад – це не обов'язково епілепсія. Майже кожна десята людина хоча б раз у житті переживала судомі.

Напади зазвичай відбуваються спонтанно, тільки в деяких випадках людина відчуває наближення епілептичного нападу (аура) і може щось зробити. Судомний епілептичний напад може статися пре певних впливах, наприклад, при мерехтливому світлі, яке можна спостерігати на масових заходах, в кінотеатрах, а також часто в сонячну погоду на вулиці. Мерехтіння підвищує судомну готовність мозку і при наявності схильності може виникнути напад судом.

При епілепсії напади бувають різними – деколи вони можуть проявлятися як короточасні відключення свідомості, заціпенінням, при якому людина просто завмирає на деякий час. Інколи можуть виникати необґрунтована агресія або напади сміху, посмикування, гримаси. Однак класичні судомні напади вимагають першої допомоги, адже вони можуть привести до смерті. Наприклад, при вдиханні слини або крові, при западінні язика може відбутись задуха. Якщо припадок стався у водія, то причиною смерті може стати аварія. Через незворотнє пошкодження нейронів головного мозку смерть

може наступити як в кінці, так і на початку нападу. Дуже частими причинами смерті хворих на епілепсію є суїцид та утоплення. Саме тому таким людям обов'язково потрібно дотримуватися певних правил безпеки.

Причин епілепсії є безліч. Однією з найбільших груп є проблеми під час вагітності та пологів. На другому місці – травми голови або нейроінфекції, хвороби раннього розвитку. Але є і така частина хворих, у яких причину епілепсії встановити неможливо.

**Мета.** Вивчення проблеми адаптації людей з епілепсією в суспільстві та вплив захворювання на якість їхнього життя.

**Матеріали та методи.** Для аналізування даної теми було використано наукові статті, медичну літературу.

**Результати.** В Україні епілепсію відносять до психіатричної хвороби, хоча майже в усьому світі вона є неврологічним діагнозом. У нас це залишилось ще з радянський часів, тоді так само епілепсію лікували в психіатрії. Внаслідок того, що в медичній книжці і надалі продовжують писати як про психіатричну хворобу, люди отримують так зване "клеймо", що людина психічно неурівноважена. Внаслідок цього значно погіршується якість життя, оскільки обмежуються права людини. Через це динину не хочуть брати до дитячого садка або школи, а дорослих не беруть на роботу. У зв'язку з цим всім батьки, хочуть хоч якось покращити становище своїх дітей в суспільстві, а тому купують довідки в лікарів про те, що їхніми дітьми все добре, а через це починаються проблеми. Ніхто в садку або школі не знає, що дитина хвора на епілепсію, а тому, коли починається судомний напад, не знають, що робити.

У наш час через необізнаність суспільства є багато міфів пов'язаних із хворими на епілепсію. Наприклад, що їм є протипоказано щеплення, хоча насправді це не так. Дітей часто не пускають на заняття фізкультури, оскільки вправи з глибоким диханням можуть спровокувати напад епілепсії, хоча є дуже багато вправ, які така дитина може виконувати. Тобто, завдання суспільства – максимально забезпечити таких людей умовами для повноцінного життя.

Насправді, не все так страшно, як це змальовує суспільство і епілепсія вже не є таким страшним захворюванням, яким воно було описано в класичній літературі. Шанси на одужання є досить високими. Якщо хворий систематично приймає лікування, то відповідно він може жити повноцінним життям. Є лише декілька форм епілепсії, які залишаються невиліковними. Але, на жаль, стереотипи заважають вчасно діагностувати та лікувати захворювання ще у дитячому віці.

При правильно підбраному лікуванні, людина переживає лише один епілептичний напад за все життя і це саме той, що став приводом аби запідозрити хворобу. Навіть, якщо коригувати дозу препарату або взагалі змінювати ліки, то людина всеодно буде в більш вигідному становищі, ніж була б десь в середині ХХ століття.

Однією з основних проблем, з якою стикаються епілептики – це внутрішнє несприйняття своєї реальності (депресія, замкнутість, страх перед новим приступом), соціальної адаптації (питання навчання, працевлаштування, особистого життя), пошук «свого» лікаря та шляху лікування (знайти адекватний спосіб поєднати хворобу із повноцінним життям).

У випадку дитячої епілепсії важливою проблемою є питання соціалізації в шкільне середовище, що часто супроводжується випадками відмови прийому у дитячі садки, школи, недостатньою обізнаністю педагогічного колективу, щодо медичної та психологічної допомоги таким дітям та інше.

Діти з епілепсією часто мають ознаки шкільної неспішності та потребують спеціальної педагогічної підтримки, яка враховує їхні психологічні та психофізіологічні особливості. Причинами цього можуть бути порушення психіки та поведінки, які мають високий рівень коморбідності з епілепсією – аутизм, специфічні затримки розвитку мовленнєвої функції, порушення поведінки, пізнавальних функцій, розлади з дефіцитом уваги та гіперреактивністю, депресивність, тривожність тощо. Саме коморбідні психічні розлади, а не епілептичні напади, часто зумовлюють обмеження життєдіяльності, зокрема особливі потреби під час навчання.

За наявності коморбідних порушень психіки та поведінки діти з епілепсією потребують фахового супроводу навіть у разі ремісії епілептичних нападів.

**Висновки.** Оскільки напад епілепсії майже неможливо спрогнозувати, то стати його свідком може кожен.

Хоча в наш час є досить високі шанси на одужання, при епілепсії люди все ж таки мають певні обмеження щодо вибору професії. Наприклад, не рекомендовано працювати на висоті, з електрикою, водіння транспорту.

Люди з таким захворюванням мають привід переглянути ставлення до свого життя, адже те, що вони хворі не означає, що їхнє життя від цього стає менш цінним і цікавим. Тепер у них є мотивація аби переглянути своє харчування та відпочинок. Планувати важливі зміни або працювати над тим, що вже є. Для хворих на епілепсію дуже важливою є підтримка рідних та друзів.

Як би не було, але люди з таким діагнозом не мають бути обмеженою в своїх правах. Вона так само працездатна і може вчитися. Тому суспільство повинно ставитись до них, як до звичайних людей, не потрібно їх жаліти, але і ставитись як до ненормальних теж не треба.

На мою думку, зараз одним з найголовніших завдань є просвітницька діяльність суспільства. Дуже важливо, аби ми знали як поводитись, якщо біля нас у когось почався судомний напад. Наприклад, у Польщі в кожному класі є інструкція як правильно діяти у разі нападу епілепсії. Якби у нас провадилося щось подібне, то можливо людей з таким діагнозом стали б по іншому сприймати.

Передусім, варто спрямовувати зусилля на подолання дискримінації та соціальної стигматизації (упередження) стосовно хворих на епілепсію, що між іншим, подолати складніше, ніж самі епілептичні напади.

### **Список використаної літератури**

1. <http://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/epilepsy>.
2. <https://www.kmu.gov.ua/ua/news/248043342>.

3. Особлива дитина. Епілепсія: виходимо з тіні / [авт. : Колупаєва А. А., Мартинюк В. Ю., Марценковський І. А., Терещенко А. В., Федоренко О. Ф.; за ред. А. А. Колупаєвої, В. Ю. Мартинюка]. – К. : ТОВ «Люди в білому», 2014.

4. Мартинюк В. Ю. Протокол лікування епілепсії, епілептичних синдромів Ш ИФР (G 40) / В. Ю. Мартинюк // Международный неврологический журнал. – 2007.

*Білявська М.В., Романів О.П.*

## **Естетична медицина. Психологічні особливості**

**ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки,  
факультет здоров'я та фізичного виховання**

**Вступ.** Естетика (грец. αἰσθητικός – чуттєво пізнавальний) – наука, що вивчає природу естетичної свідомості. Основною категорією естетики є краса – характеристика об'єкта чи ідеї, яка в процесі її споглядання, осмислення приносить людині задоволення, насолоду. В естетичній медицині таким об'єктом є людина, її зовнішність, що характеризує так звану фізичну красу. Еталони моди, фізичної краси змінюються, але, як казав св. Діонісій Ареопіт: «У розмаїтті змін краса залишається вічною».

Естетична медицина – галузь індустрії краси та здоров'я, що увібрала в себе всі теоретичні відомості і практичні можливості корекції зовнішніх даних людини за допомогою медичних методик. Метою естетичної медицини є відновлення і збереження фізичної та моральної краси людини.

У сучасному світі відмічається значне підвищення інтересу до естетики у житті людини. Одна з головних людських потреб – це бажання мати приємний зовнішній вигляд, який відповідав би певним естетичним нормам, що склалися в суспільстві. В кожен епоху у кожній народності, покоління, соціального прошарку формувались свої уявлення про ідеальний людський образ. Але краса завжди, в першу чергу, пов'язувалась з обличчям. Якщо інші частини тіла можна сховати від навколишніх, то обличчя завжди залишається відкритим. Тому навіть незначні дефекти негативно позначаються на емоційному стані людей.

Сьогодні невпинно зростає кількість факторів, які сприяють формуванню косметичних недоліків: спадкові та онкологічні захворювання, що потребують хірургічного втручання, травми, опіки, а також, безсумнівно, погіршення екологічної ситуації, що значно впливає на передчасне старіння та зовнішній вигляд людини. Відомо, що наявність у людини дефектів та деформацій зовнішності, особливо ділянки обличчя, впливає на особистість, змінює характер та поведінку, викликає порушення емоційної та мотиваційної сфер, знижує якість життя (ЯЖ). Значна кількість осіб переносить косметичні дефекти хворобливо, вбачають у них перепони для досягнення успіхів в суспільному та особистому житті. Косметичний дефект досить часто починає впливати на особу ще в дитячому віці, особливо в період статевого дозрівання, що, безумовно, негативно відображується на формуванні характеру.

**Мета роботи:** оцінка ефективності застосування методів естетичної медицини. Вплив на фізичний і психоемоційний стан та на якість життя.

**Матеріали і методи.** Під нашим спостереженням було 45 жінок віком від 18 до 47 років з шкірними захворюваннями та дефектами (акне, вітиліго, шрами, меланодермія). У пацієнтів визначали дерматологічний індекс якості життя (ДІЯЖ) до та після застосування лікувальних методів естетичної медицини.

**Результати.** На сучасному етапі розвитку медицини надається велике значення якості життя. Відомо, що показники якості життя у повній мірі залежать від фізичного та психоемоційного стану особистості, тому особи, які мають дефекти та деформації обличчя, зазнаючи фізичних страждань та знаходячись у постійній психоемоційній напрузі, належать до «групи ризику». В переважній більшості розвинених країн якості життя людини приділяється значна увага, особливо якщо вона за якихось певних причин відрізняється від інших. Для неї створюються умови щодо отримання освіти, працевлаштування, розвитку культурного та духовного життя, що сприяє покращенню адаптації в суспільстві. За даними різних дослідників у 20–100% пацієнтів з дефектами і деформаціями обличчя поряд зі зниженням «якості життя» діагностуються психічні порушення. Частіше за все вони відносяться до невротичних розладів, під якими розуміють «зворотні психічні розлади, обумовлені впливом психотравмуючих факторів, що перебігають з усвідомленням пацієнтом факту своєї хвороби, без порушення відображення реального світу та які виявляються переважно психогенно обумовленими емоційними та соматовегетативними розладами». Характер та виразність психогенії при цьому мають достатньо велику варіабельність та індивідуальність.

Захворювання шкіри, особливо ті, що мають прояви на обличчі, наприклад, акне, псоріаз, вітиліго та вугрі, можуть бути причиною емоційних та психологічних порушень. Пацієнти, що мають прояви акне, схильні до депресії, тривоги, заниженої самооцінки. Це має особливе значення у юні роки, коли психологічний розлад може стати причиною соціальних проблем. При проявах псоріазу, аутоімунного запального захворювання шкіри знижується якість життя пацієнта та зростає ризик самогубства. Крім того, в осіб, що мають вугрі, вітиліго та інші дерматологічні захворювання на обличчі, також спостерігаються психологічні розлади, занижена самооцінка та показники ЯЖ.

Стан обличчя відіграє основну роль в іміджі людини та її самооцінці. Пацієнти із захворюваннями шкіри обличчя мають підвищений ризик розвитку депресії, схильності до самогубства, що є додатковою стимулом для розробки методів лікування. Стан шкіри впливає на загальне самопочуття, включаючи соціальний, емоційний стан та продуктивність діяльності на роботі та у школі.

Існує велика кількість методів оцінювання, які застосовуються в ході клінічних досліджень для визначення психологічного впливу стану шкіри та переваг, отриманих при лікуванні. Один із найпопулярніших методів – це дерматологічний індекс якості життя (ДІЯЖ).

Цей метод включає опитування щодо регулярного застосування та оцінки ЯЖ пацієнтів із дерматологічними захворюваннями. ДІЯЖ – це також рандомізоване контрольоване клінічне дослідження у сфері дерматології, яке може застосовуватись у клінічній практиці для надання консультацій, здійснення оцінки та прийняття рішень щодо лікування. ДІЯЖ складається з 10 запитань, що стосуються сприйняття пацієнтом стану його шкіри та різноманітних аспектів ЯЖ, до яких належать прояви симптомів, самопочуття, щоденна діяльність, дозвілля, робота, навчання у школі, особисті та статеві відносини, наявність побічних ефектів протягом останніх тижнів. Кожен пункт оцінюється за чотирибальною шкалою Likert (0 – ні/нечасто; 1 – рідко; 2 – часто; 3 – дуже часто). Бали кожного пункту (0–3) додаються (0–30). Чим вищий бал, тим більший вплив на ЯЖ.

У ході дослідження, до якого було залучено 45 жінок, здійснено оцінку ЯЖ за місяць до та після застосування лікувальних методів естетичної медицини. Пацієнтам пропонували пройти опитування ДІЯЖ (без допомоги). Результати опитування були внесені до бази даних та підлягали статистичному аналізу. Було зафіксовано суттєву різницю показників ДІЯЖ за місяць до та після застосування лікувальних методів естетичної медицини. Середній показник ДІЯЖ до застосування становив 11,2 та 6,8 – після застосування (вищий показник свідчить про більший вплив на ЯЖ, максимальний показник 30). Значна кількість пацієнок із високими показниками відчували тривогу, невпевненість, а також вплив захворювань на дозвілля. Питання з найбільшою зміною показників у процентному співвідношенні стосувались впливу на статеve життя (85%) та відносини з оточуючими (73%).

**Висновки.** Проблема збереження й поліпшення фізичної краси турбує людство від найдавніших часів. Так, у стародавніх греків сформувалося таке поняття, як калокагатія (грец. κάλος και αγαθός – «красивий і хороший») – гармонійне поєднання фізичних (зовнішніх) і моральних (духовних, внутрішніх) достоїнств, досконалість людської особистості як ідеал виховання людини. Калокагатія була одночасно соціально- політичним, педагогічним, етичним і естетичним ідеалом. У Сократа краса – одна з найважливіших категорій світобудови. Плотін вважав, що краса – це провідник у світ божественного.

До деякої міри цей ідеал знайшов своє відображення у визначенні здоров'я, що міститься в преамбулі Статуту Всесвітньої організації охорони здоров'я: «здоров'я – це не тільки відсутність хвороб або фізичних дефектів, а стан повного фізичного, душевного та соціального благополуччя». Безумовно, без почуття краси, прекрасного, душевне й соціальне благополуччя було б неповним. Фізична краса і здоров'я – також тісно переплетені поняття. Тому міждисциплінарна галузь медицини, яка отримала назву естетичної, постійно знаходиться в творчому пошуку, перебуває на передньому краю наукових досліджень.

В ході дослідження ми прийшли до висновку, що застосування методів естетичної медицини значно впливає на якість життя, самооцінку, соціальні та сексуальні відносини, а також спроби знайти гідну роботу.

### **Список використаної літератури**

1. Барретт-Хилл Ф. Advanced Skin Analysis. Диагностика кожи в практике косметолога и дерматолога – 2016.
2. Проценко Т.В. Медицинская косметология в Украине: состояние проблемы // Дерматовенерология. Косметология. Сексопатология. – 2007. – С. 246–248.
3. Башура А. Г., Пляка Л. В. Психология косметолога : Путьодитель для практикующих косметологов – X. : Основа, 2013. – 64 с.
4. Кизим Н.А. Качество жизни населения Украины и стран ЕС. – 2005. – 164 с.
5. Фещенко Ю.І. Процедура адаптації міжнародного опитувальника якості життя MOS SF-36 в Україні. – 2002.
6. A psychosomatic approach to dermatologic cosmetology / E. Panconesi, A. Cossidente, S. Giorgini, M. Martini, C. Mellì, M. Sarti // Inter. J. Dermatol. – 1983. – Vol. 22, № 8. – P. 449–454.
7. Battegay, R. Die psychosomatische KrankHheit als Phanomen der Gruppe. Vortrag / R. Battegay // Jahresversammlung der Schweizerischen Gesellschaft fur Psychosomatische Medizin. 1970. – № 5. – S. 22–24.
8. Psychosomatic liaison service in dermatology. Need for psychotherapeutic interventions and their realization / K. Fritzsche, J. Ott, I. Zschocke // Dermatology. 2001. – Vol. 203, № 1. – P. 27–31.

*Білявська М.В., Романів О.П.*

## **Кореляція якості життя та психопатологічних порушень у пацієнтів, які страждають на псоріаз**

**ДВНЗ «УжНУ», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, факультет здоров'я та фізичного виховання**

**Вступ.** Псоріаз – це системне, хронічне, рецидивуюче захворювання шкіри, епідеміологічне, клінічне та соціальне значення якого в сучасних умовах важко переоцінити. Захворювання може виникати як в дитячому, так і в дорослому віці, характеризується тривалими рецидивами, повною або частковою втратою працездатності, високими рівнями інвалідизації та соціальнопсихологічної дезадаптації пацієнтів. Без лікування або за неналежаного лікування псоріаз стає причиною

ураження суглобів, внутрішніх органів, нерідко супроводжується вторинними мікробними ураженнями шкіри та суперінфекцією. Псоріаз суттєво знижує якість життя пацієнта.

За даними Міжнародної Федерації асоціацій псоріазу (International Federation of Psoriasis Associations) поширеність псоріазу в світі коливається в межах 1,2–5%, а середній показник поширеності становить близько 3% від загальної популяції. Якщо екстраполювати ці дані на Україну, то 3% складе близько 1,2 млн населення, яке хворіє на псоріаз.

**Мета роботи:** вивчення впливу псоріазу на різні складові якості життя пацієнтів.

**Матеріали і методи:** вплив захворювання на якість життя оцінювалася за допомогою бесіди з пацієнтами та опитувальника PDI.

**Результати.** Хоча псоріаз не загрожує життю хворих, у багатьох із них він впливає на спосіб життя. В останніх двадцять років було розроблено методи, що дають змогу оцінити цей вплив. За визначенням ВООЗ, якість життя – це «сприйняття індивідуумом соціального стану в контексті культурних і ціннісних установок його життя й відповідно до його мети, очікувань та інтересів». Висока якість життя – це відповідність очікувань індивідуума дійсності.

Псоріаз торкається усіх аспектів життя: кар'єри, соціальної сфери, статевого життя й сімейних стосунків. Тому дуже важливо, щоб якість життя було враховано як у лікуванні, так і у стосунках між лікарем та пацієнтом.

Інвалідність або психосоціальна стигматизація пов'язані з більш тяжким перебігом псоріазу, та є причинами значного навантаження на пацієнта. Прояви псоріазу суттєвим чином впливають на якість життя як пацієнтів, так і їх родин, причому не тільки у фізичному, але й у психологічному та соціальному аспектах. Зовнішній вигляд шкіри, великі площі ураження, постійний дискомфорт нерідко стають причинами розвитку невротичних станів пацієнтів, що обумовлює соціальну дезадаптацію, утруднює процеси навчання, праці та відпочинку. Близько 30% пацієнтів з псоріазом мають середньотяжкий та тяжкий перебіг з ураженням більше ніж 10% поверхні тіла та/або ураженням суглобів, залученням естетично значущих зон, таких як кисті, стопи, обличчя та геніталії. Системний вплив псоріазу проявляється у збільшенні захворюваності супутніми захворюваннями, що поділяються на дві групи: пов'язані з імунним запаленням (псоріатичний артрит, хвороба Крона) та пов'язані з метаболічними порушеннями (метаболічний синдром, серцево-судинні захворювання). Наприклад, у пацієнтів з псоріазом достовірно підвищується ризик тяжких хронічних захворювань: відносний ризик розвитку діабету 1-го типу, у порівнянні з контрольною групою пацієнтів вищий у 3,99 разу, діабету II типу – у 2,48 разу, артеріальної гіпертензії – у 3,27 разу, серцево-судинної патології – у 1,77 разу, метаболічного синдрому – у 5,92 разу. Втрата працездатності є найважливішим соціально-економічним наслідком псоріазу з тяжким перебігом та/або псоріатичного артриту. Вона може мати місце вже на ранній стадії розвитку хвороби і стає пожиттєвою проблемою. Через непрацездатність пацієнти раніше виходять на пенсію або взагалі припиняють роботу. Крім того, хвороба пов'язана зі скороченням тривалості життя. Смертність пацієнтів з тяжким перебігом псоріазу та/або псоріатичного артриту збільшена за рахунок збільшення кардіоваскулярного ризику та можливості розвитку амілоїдозу нирок. Цей показник погіршується з кожним роком перебігу захворювання. Все це, в свою чергу, обумовлює значні економічні витрати, пов'язані з доглядом, лікуванням та реабілітацією пацієнтів.

Медичне поняття якості життя, насамперед, включає в себе ті показники, які пов'язані зі станом здоров'я людини. Дані про якість життя дозволяють реалізувати постійний моніторинг стану пацієнта і при необхідності проводити корекцію лікування. Оцінка якості життя, дана самим пацієнтом, являється цінним та надійним показником його загального стану; ці дані, поряд із традиційним медичним заключенням, дозволяють скласти повну та об'єктивну картину захворювання. Таким чином, оцінка якості життя – новий і перспективний напрямок медицини, який:

- дає змогу точніше оцінити порушення стану здоров'я пацієнтів;
- ясніше побачити суть клінічної проблеми;
- визначитися у виборі найбільш раціонального методу терапії;
- дати оцінку очікуваним результатам за параметрами, які знаходяться на межі наукового підходу та суб'єктивної точки зору пацієнта.

В ході опитування хворих на псоріаз, відмічають, що дані пацієнти менш соціально активні; так, серед опитаних:

- відмовляються від відвідування басейну – 72%;
- відмовляються від відвідування сауни, бань – 64%;
- відчують сором – 55%;
- сором'язливі – 53%;
- уникають людних місць – 50%;
- відмічають вплив на статево життя – 46%;
- носять непривабливий одяг для того, щоб скрити висипання – 46%;
- відмовляються від занять спортом – 40%;
- не користуються послугами перукаря – 34%;
- відчують страх втратити роботу – 15%;
- вважають лікування і все, що з ним пов'язане, набагато більшою проблемою, ніж сам псоріаз – 41%.

О.Л. Іванов та співавтори дають таку характеристику психічним розладам хворих на псоріаз:

- у більшості хворих відмічається психічні розлади тривожно-депресивного і афективного характеру;
- ¼ хворих відмічає лише невеликий дискомфорт;
- близько ½ хворих (переважно чоловіки) взагалі не відмічають будь-яких психологічних проблем.

Вплив захворювання на якість життя оцінювалася за допомогою опитувальника PDI. Надійність, валідність та чутливість даної шкали доведені клінічними дослідженнями. Індекс простий у використанні та у підрахунках кінцевих результатів; амплітуда коливання показників індексу – від 0 до 90 балів; більше значення показників індексу відповідає нижчому рівневі якості життя опитуваного.

За допомогою шкали PDI оцінюють виразність негативного впливу хвороби на життя пацієнтів і заповнюють за результатами їхнього опитування. Шкала містить 15 запитань та охоплює 4-тижневий період до її заповнення. Запитання стосуються повсякденної активності й соціальної сфери.

За даними опитування, якість життя пацієнтів чоловічої статі дещо нижча ніж у жінок, що може свідчити про те, що жінки займають більш активну життєву позицію і, можливо, являються більш адаптованими. У ході опрацювання отриманих даних було виявлено, що на якість життя пацієнток найбільш негативний вплив має косметичний дефект шкіри (висипання), що значною мірою відобразилося на психоемоційному стані пацієнток. Опитані чоловіки свідчили, що псоріаз найбільш суттєво впливає на їх суспільну активність та на інтимні стосунки. З огляду на форму захворювання були отримані такі дані:

- нижча якість життя виявилася у хворих на папульозний псоріаз з вираженим ексудативним компонентом, особливо якщо висипання локалізувались на відкритих ділянках шкіри;
- суттєвіший вплив псоріазу на якість життя відмічали респонденти, які працюють та/або навчаються, ніж ті, що не працюють;
- якість життя нижча у пацієнтів молодого та середнього віку (16–40 років);
- нижчими були показники якості життя у пацієнтів із тривалістю захворювання до 10 років;
- часті рецидиви також особливо негативно впливають на показники якості життя.

**Висновки.** Псоріаз – один серед самих розповсюджених хронічних невиліковних дерматозів виявляє виражений вплив на зниження показників життя пацієнтів. Психометричні шкали є простим, доступним методом оцінки стану пацієнта, включаючи всі аспекти його життя, дозволяючи більш влучно підібрати лікування, оцінити результати терапії тощо. У хворих на псоріаз якість життя значно гірша (негативний вплив на щоденну роботу, соціальну активність та статеві стосунки, проблеми на робочому місці, суб'єктивні відчуття, поганий настрій, підвищена дратівливість), ніж у здорових осіб; вони фізично й психологічно залежні від багатьох чинників зовнішнього соціального оточення, бо навіть незначний (з точки зору здорових осіб) подразник може спричинити загострення хвороби та значні суб'єктивні відчуття. В обстежених хворих спостерігали астено-невротичні розлади у формі ситуаційної та особистісної тривожності та зниженої опірності до стресу. При цьому найбільш виразний вплив захворювання на психо-емоційний стан реєстрували серед пацієнтів молодого та середнього віку (від 16 до 40 років).

### **Список використаної літератури**

1. Иванов О.Л., Львов А.Н., Остришко В.В., Новоселов В.С., Колесников Д.Б. Психодерматология: история, проблемы, перспективы // Рос. журн. кожн. и вен. бол. – 1999. – № 1. – С. 28–38.
2. Щепитовски Я., Райх А. Психодерматологические аспекты // Рос. журн. кожн. и вен. заболеваний. – 2007. – № 4. – С. 17–21.
3. Кунгуров Н.В., Филимонкова Н.Н., Тузанкина И.А. Псориазная болезнь.– Екатеринбург, 2002.– 193 с.
4. Коляденко В. Г. Оцінка якості життя хворих на псоріаз у процесі лікування препаратом «Дайвобет» / В. Г. Коляденко, В. В. Короленко // Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2009 – № 1 – С. 13–15.
5. Кубанова А.А., Мартынов А.А. Концепция и определение качества жизни больных в дерматологии // Вестник дерматологии и венерологии. – 2004. – № 4. – С. 41–44.
6. Иванов О.Л., Львов А.Н., Остришко В.В., Новоселов В.С., Колесников Д.Б. Психодерматология: история, проблемы, перспективы // Рос. журн. кожн. и вен. бол. – 1999. – № 1. – С. 28–38.
7. Якубович А.И. и др. Психосоматические аспекты качества жизни больных псориазом / Мат. III Байкальской межрегиональной конференции. – 2007. – С. 71.
8. Bergner M., Bobbitt R.A., Carter W.B. et al. The Sickness Impact Profile: development and final revision of a health status measure // Med. Care. – 1981. – Vol. 19. – P. 787–805.
9. Both H., Essink-Bot M., Busschbach J., Nijsten T. Critical Review of Generic and Dermatology-Specific Health-Related Quality of Life Instruments // Journal of Investigative Dermatology. – 2007. – № 8. – Nov. – Vol. 127. – P. 2726–2739.
10. Yan Hongbo, Thomas C.L., Harrison M.A., Sam Salek M., Finlay A.Y. Translating the Science of Quality of Life into Practice: What Do Dermatology Life Quality Index Scores Mean? // Journal of Investigative Dermatology. – 2005. –Vol. 125. – Oct. – P. 659–664.
11. Nijsten T. et al. The Psychometric Properties of the Psoriasis Disability Index in United States Patients // Journal of Investigative Dermatology. – 2005. –Vol. 125. – Oct. – P. 665–672.
12. Kurd S. K. The risk of depression, anxiety, and suicidality in patients with psoriasis: a population-based cohort study / S.K. Kurd, A. B. Troxel, P. Crits-Christoph // Archives of Dermatology. – 2010. – Vol. 14, No. 8. – P. 891–895.
13. Menter A. Guidelines of care for the management of psoriasis and psoriatic arthritis. Section 5. Guidelines of care for the treatment of psoriasis with phototherapy and photochemotherapy / A. Menter, N. J. Korman, C. A. Elmetts // J Am acad dermatol. – 2010. – Vol.62, No. 1 – P. 114–135.

В.В. Брич, М.І. Йовбак, Г.В. Дудаш

## Результати дослідження схильності та стійкості до стресу у представників студентської молоді

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

**Вступ.** Студентська молодь як соціальна група займає важливе значення у сучасному суспільстві, оскільки є потенційно рушійною силою розвитку змін у майбутньому. Саме тому вивченню стану здоров'я її представників відводять багато уваги різні спеціалісти. Багато праць присвячені дослідженню поширення захворювань та поведінкових практик, що можуть до них призвести. Але дедалі частіше фахівці визначають важливість стресу як елементу впливу на формування здоров'я студентів. Так, Юрценюк О.С. вказує на специфічні особливості розумової праці студентів, що дозволяють розцінювати її як особливий вид діяльності, що характеризується наявністю несприятливих соціально-психологічних факторів, сумарний вплив яких може призводити до зниження рівня психічного й соматичного здоров'я та розвитку передхворобливих і хворобливих психічних розладів. Одним з чинників схильності до стресу вважають перевтому. До основних факторів, що викликають перевтому в студентів, належать: великий обсяг навчального матеріалу, недостатня організація навчального процесу, неритмічність роботи, особливо під час відсутності регулярного контролю підготовки студентів до занять, неправильний режим праці й відпочинку, робота в нічний час [1]. Крім того, специфіка навчання у вищих навчальних закладах, як відомо, збігається з віком найбільш високого ризику маніфестації психічної патології, так як студенти знаходяться в стадії зміни життєвого циклу [2]. Отже, стрес – це невід'ємна частина повсякденного життя кожного студента. Реакція на стрес, як і початок трудового дня, режим харчування, рухова активність, якість відпочинку і сну, взаємини з оточуючими, є складовими частинами способу життя. Від самого студента залежить, яким буде його спосіб життя – здоровим, активним або ж нездоровим, пасивним, а, отже, як часто і тривало він буде перебувати у стресовому стані [3]. Експериментальні дослідження засвідчили, що четверта частина молодих людей студентського віку неспроможна зберігати спокій у складних ситуаціях, а третина це здатна робити тільки у окремих випадках [4]. Дубчак Г.М. в результатах власних досліджень вказує, що для зняття стресу більшість сучасних студентів найчастіше використовує спілкування з друзями або коханою людиною та сон; близько половини студентів – прогулянки на свіжому повітрі, смачну їжу, підтримку або поради батьків, фізичну активність [5].

Саме тому, на нашу думку, важливим є дослідження особливостей стресу у представників студентської молоді в період навчання у вищому навчальному закладі. Це дозволить в перспективі розробляти заходи профілактики виникнення стресів, підвищення стресостійкості та збереження здоров'я студентів.

**Мета.** Метою дослідження визначено аналіз рівнів схильності до стресу та стресостійкості у представників студентської молоді різних спеціальностей.

**Матеріали та методи.** Системний підхід і системний аналіз використовувався на всіх етапах дослідження; соціологічний – для отримання інформації шляхом письмового опитування респондентів; статистичний метод – для математичної обробки отриманих даних.

Для аналізу особливостей стресу нами використовувалися такі методики: «Тест на самооцінку стресостійкості особистості» та «Схильність до стресу» (Дженкінсон, модифікація Фрідмана і Розенмана).

Схильність до стресу вивчалася нами за допомогою методики «Схильність до стресу» (Дженкінсон, модифікація Фрідмана і Розенмана). Опитувальник містив 21 запитання, кожне з яких передбачало три варіанти відповідей: так – 2 бали, дещо середнє – 1 бал, ні – 0 балів. Чим менша сума балів, тим нижча схильність до стресу (належність до типу В), а тип А означає високу схильність до стресу. Тип В притаманний особам, які не зважають на конфлікти, негаразди, завжди досягають своїх цілей; перехід до типу В – це особи, які характеризуються тим, що вони вміють протистояти стресам, вони позитивні, комунікативні, у них рідко виникають стресові ситуації; нейтральна зона характерна для людей, у яких бувають стресові ситуації, але вони намагаються їх уникати; рівень переходу до типу А характеризується тим, що ці люди часто потрапляють до стресових ситуацій; і відповідно тип А характеризується високою схильністю до стресів, такі люди завжди ризикують, мають внутрішній неспокій [6].

**Результати.** Соціологічне дослідження охопило 150 студентів віком 19–23 роки, які навчаються на трьох факультетах ДВНЗ «УжНУ» (факультету здоров'я та фізичного виховання (спеціальність «фізична реабілітація»), медичного факультету, фізичного факультету).

При аналізі даних встановлено, що тип В, перехід до типу В та нейтральна зона притаманні тільки для 6% опитаних студентів (по 2% відповідно). Рівень переходу до типу А визначено у 36% представників студентської молоді, а тип А (висока схильність до стресів) – у переважної більшості респондентів (58%). Слід відмітити, що найбільший рівень схильності до стресів виявлено у студентів медичного факультету – тип А характерний для 74% опитаних. На нашу думку, це пов'язано з більшим навантаженням навчального процесу, відповідальністю та об'ємом отримуваної інформації, і потребує глибшого вивчення. Для студентів факультету здоров'я та фізичного виховання тип А характерний тільки для 46% опитаних, що свідчить про менший рівень схильності до стресу в порівнянні з майбутніми медиками.

Нами проведено також дослідження стресостійкості серед студентів за методикою «Тест на самооцінку стресостійкості особистості». Даний тест складається із 18 питань і передбачає три варіанти відповіді: рідко – 1 бал, іноді – 2 бали, часто – 3 бали. Стресостійкість у даній методиці передбачає 9 рівнів (від «дуже низький» до «дуже високий»).



Чим більша сумарна кількість балів, тим нижча стресостійкість і навпаки. Якщо у досліджуваного 1-й і навіть 2-й рівень, то йому необхідно кардинально змінювати свій спосіб життя.

На підставі отриманих даних ми можемо виділити тільки 7 рівнів стресостійкості у досліджуваній групі (від 3-ого рівня «нижче середнього» до 9-ого рівня «дуже високий»). Перші два рівні не були виявлені у жодного респондента. Тільки 10% опитаних продемонстрували рівні «нижче середнього» та «трохи нижче середнього». Отже, ці студенти піддаються як психологічному, так і фізіологічному впливу негативних подій, конфліктів і тому отримують стрес, але намагаються боротися з ним чи запобігти йому. Наступний аналіз результатів показав, що середній рівень стресостійкості характерний для 18% опитаних студентів, які схильні до стресових ситуацій, хоча потрапляють у них не завжди. Найбільшу частку склали респонденти з рівнями стресостійкості «трохи вище середнього» (36%) та «вище середнього» (28%), що свідчить про те, що такі особи є досить стресостійкими, вони додержуються гармонійного способу життя, окремі невдачі не виступають стресовими ситуаціями, але іноді все ж вони схильні до стресу. Високий та дуже високий рівні стресостійкості виявлені тільки у 8% опитаних студентів.

Слід відмітити, що найвищу стійкість до стресу виявили студенти факультету здоров'я та фізичного виховання: 57% з них мають рівні стресостійкості «вище середнього» та «високий». Натомість серед представників фізичного факультету такі рівні стресостійкості виявили 39% студентів, а медичного факультету взагалі тільки 15% опитаних.

Загалом дослідження потребує більш глибоко аналізу з метою визначення тенденцій проблеми, що розглядається та визначення інших факторів, що впливають на виникнення стресу у досліджуваній групі.

**Висновки.** Результати проведеного дослідження дозволяють зробити такі висновки:

1. Встановлено високий рівень схильності до стресів (58%) серед студентів всіх спеціальностей;
2. Висока схильність до стресу (тип А) більш характерна для студентів медичного факультету (74%), та в меншій мірі для студентів факультету здоров'я та фізичного виховання (46%).
3. Виявлені відмінні рівні стресостійкості серед студентів факультету здоров'я та фізичного виховання (рівень «вище середнього» та вище характерні для 72% опитаних) та фізичного і медичного факультету (відповідно 39% та 15%), причини чого потребують більш детального вивчення.

### **Список використаної літератури**

1. Юрценюк О. С. Соціально-психологічні фактори, що впливають на розвиток невротичних розладів у студентів / О. С. Юрценюк // Клінічна та експериментальна патологія. – 2016. – Т. 15, № 4. – С. 135–138.
2. Висідалко Н. Л. Психологічний аналіз стресу в навчальній діяльності студентів / Н. Л. Висідалко, А. І. Бабенко // Молодий вчений. – 2016. – № 12.1 (40). – С. 199–201.
3. Богуш В.М. особливості прояву екзаменаційного стресу у студентів ДВНЗ / В.М. Богуш // Молодий вчений. 2017. – № 9.1 (49.1). – Режим доступу: <http://molodyvchenny.in.ua/files/journal/2017/9.1/1.pdf>.
4. Зарицька В. В. Самоконтроль емоцій як детермінанта стресостійкості / В. В. Зарицька // Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди. Психологія. – 2015. – Вип. 50. – С. 101–113. – Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/VKhnpu\\_psykhol\\_2015\\_50\\_13](http://nbuv.gov.ua/UJRN/VKhnpu_psykhol_2015_50_13).
5. Дубчак Г. М. Особливості навчального стресу сучасних студентів / Г.М. Дубчак. // Технології розвитку інтелекту. – 2016. – Т. 2, № 3. – Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/tri\\_2016\\_2\\_3\\_13](http://nbuv.gov.ua/UJRN/tri_2016_2_3_13).
6. Пастрик Т. Дослідження особливостей стресостійкості у майбутніх медиків / Т. Пастрик // Освіта регіону. Політологія. Психологія. Комунікації. № 3. Університет «Україна». – Київ, 2011. – С. 262–265.

О.В. Гаяш

## **Особистісно-орієнтований підхід в інклюзивному навчанні дітей з порушеннями інтелектуального розвитку**

**ДВНЗ «Ужгородський національний університет»**

**Вступ.** У сучасних умовах гуманізації та демократизації освітньо-виховного процесу ідеї особистісно-орієнтованого підходу в навчанні набули ще більшої актуальності. Втілення такої моделі навчання, "центром якого є особистість дитини, її самобутність і самоцінність" [3] останнім часом стало необхідністю також у системі інклюзивної освіти дітей з порушеннями психофізичного розвитку.

**Метою** є висвітлення особливостей використання особистісно-орієнтованого підходу в інклюзивному навчанні дітей з інтелектуальними порушеннями.

**Матеріали та методи.** Для досягнення поставленої мети використовували наступні методи: вивчення психолого-педагогічної, методичної літератури з обраної проблеми, аналіз та систематизація теоретичних даних.

Ідеї особистісно-орієнтованої парадигми розроблені в дослідженнях А. Маркової, І. Зимньої, І. Якиманської, Л. Виготського, С. Рубінштейна та ін. У педагогіці та освітній практиці на гуманістичних ідеях розуміння особистісної орієнтації навчання побудовані педагогічні системи А. Макаренка, В. Сухомлинського, В. Шаталова, К. Ушинського, Ш. Амонашвілі та ін. До проблеми особистісно-орієнтованого підходу в навчанні дітей з психофізичними порушеннями звертаються такі автори, як В. Бондар, В.Засенко, Г. Блеч, О.Хохліна, А.Шевцов та ін.

Сутністю інклюзивної освіти є навчання дітей з особливими освітніми потребами, а особливо дітей з інтелектуальними порушеннями в загальноосвітній школі за умови пристосування освітнього простору до індивідуальних особливостей школярів, надання їм якісних освітніх послуг. Навчання зазначеної категорії дітей передбачає використання особистісно-орієнтованих підходів у навчально-виховному процесі, застосування індивідуальних, групових форм роботи з урахуванням впливу особливостей їх розвитку на процес навчання. Пріоритетними напрямками цієї роботи є сприяння соціальному, емоційному та когнітивному розвитку кожної дитини з тим, щоб вона відчувала себе неповторним, повноцінним учасником суспільного життя. Тому в контексті запровадження інклюзивної моделі навчально-виховного процесу особистісно-орієнтований підхід (в тому числі через посилення психолого-педагогічного супроводу) стає одним з невід'ємних принципів.

В основі особистісно-орієнтованої парадигми навчання лежить визначення сутності кожного учня та індивідуальності його навчальної траєкторії.

Метою особистісно-орієнтованого підходу є найбільш повне виявлення індивідуальних аспектів розвитку (актуальна зона), можливостей дитини (зона найближчого розвитку), зміцнення її власної активності (соціалізація набутих умінь та навичок), розкриття неповторності її особистості.

Головний зміст особистісно-орієнтованої освіти дітей із порушеннями інтелектуального розвитку в умовах інклюзії характеризується індивідуальним підходом до учнів. Індивідуальний підхід передбачає складання індивідуальної програми розвитку (ІПР), навчального плану та навчальної програми з урахуванням можливостей та особливостей навчально-пізнавальної діяльності дітей з порушеннями інтелекту. ІПР є одним із найважливіших інструментів у роботі з дітьми з інтелектуальними порушеннями, розробляється командою педагогів і фахівців за участі батьків і визначає, які саме послуги надаватиме кожний фахівець; визначає необхідні адаптації/модифікації та слугує підґрунтям для подальшого планування навчальних занять [4]. Процес складання ІПР дитини з інтелектуальними порушеннями носить диференційований характер, розробляється на основі аналізу проблеми розвитку учня та його освітніх потреб. При цьому потрібно орієнтуватися на зону найближчого розвитку учня, тобто на його потенційні можливості, які "сьогодні" реалізуються завдяки різним видам педагогічної зовнішньої допомоги, а "назавтра" стануть надбанням самостійної життєдіяльності особи.

Тому в інклюзивному навчанні особистісно-орієнтований підхід має забезпечуватися спрямованістю закладу на реалізацію наступних завдань: 1) адаптація матеріально-технічних умов закладу до особливих потреб учнів з інтелектуальними порушеннями; 2) диференціація та індивідуалізація навчально-виховного процесу; 3) забезпечення позитивного психологічного мікроклімату в інклюзивному класі; 4) залучення фахівців до надання учням з інтелектуальними порушеннями психолого-педагогічних послуг.

У моделі інклюзивного навчання зазначенні завдання розглядаються як наскрізні, тобто такі, які проходять через всі освітні ланки закладу.

Відповідно до Постанови Кабінету міністрів України «Про затвердження Порядку організації інклюзивного навчання у загальноосвітніх навчальних закладах від 15 серпня 2011 р. N 872» (із змінами, внесеними згідно Постанови Кабінету міністрів України № 588 від 09.08.2017 р.), особистісно зорієнтоване спрямування навчально-виховного процесу забезпечує асистент вчителя, який бере участь у розробленні та виконанні індивідуальних навчальних планів та програм, адаптує навчальні матеріали з урахуванням індивідуальних особливостей навчально-пізнавальної діяльності дітей з особливими освітніми потребами [4].

Для успішної роботи з дітьми з інтелектуальними порушеннями учитель та асистент учителя повинні:

- ознайомитися з особливостями порушення учня, вивчити стан уваги, стомлюваності, темп роботи кожної дитини;
- на основі комплексного психолого-педагогічного обстеження спільно з фахівцями складати індивідуальний навчальний план, індивідуальну програму розвитку та вести портфоліо учня відповідно до Державного стандарту початкової загальної освіти для дітей з особливими освітніми потребами [5] та навчальних програм для дітей з інтелектуальними порушеннями;
- навчально-виховну та корекційну роботу будувати диференційовано, відповідно до психічного розвитку дитини, реальних досягнень, а також вікових, індивідуально-типологічних і психологічних особливостей;
- за рекомендацією членів консультаційно-педагогічної групи вчитель та асистент учителя повинні адаптувати методи викладання, навчальні завдання та матеріали.

Об'єктом педагогічної діяльності в умовах особистісно-орієнтованого підходу до інклюзивного навчання дітей з інтелектуальними порушеннями є не стільки сам учень, скільки ті умови, які мусить створити учитель, асистент учителя для розвитку учня (його активності, самостійності, ініціативи, інтересів), для формування його суб'єктної позиції та організації середовища, яке сприяє цьому. До таких умов належить:

- мікроклімат у класному колективі, ступінь взаєморозуміння та підтримки;
- спрямованість та особливості організації навчального процесу, що у визначній мірі визначає характер взаємодії між учасниками освітнього процесу та їхньою діяльністю (учбовою й педагогічною). Важливими при цьому є орієнтація на індивідуальні способи навчання, ступінь врахування інтересів та здібностей учнів, способи й стиль взаємодії учителя з учнями;
- ступінь професійної компетентності педагогів, рівень професійних знань, умінь та навичок;
- матеріальні умови реалізації освітнього процесу (забезпечення навчальною літературою, наочними посібниками тощо).

Особистісний підхід заснований не лише на особистості учня, але й на особистості вчителя, асистента вчителя, які закладають особистісний фундамент у педагогічну діяльність. Особистісно-орієнтований підхід до навчання дитини з інтелектуальними порушеннями в інклюзивному класі потребує більших вимог до вчителя, щоб підготувати зміст навчального матеріалу, визначити види діяльності учня, організувати різноманітні форми роботи з учнем на уроці з допомогою асистента вчителя. Формування знань (уявлень та понять) – це тривалий процес, який вимагає від учителя, асистента вчителя вдумливого підходу до підбору навчального матеріалу, до використання найефективніших методів та прийомів на уроках.

У процесі підготовки до уроку вчитель інклюзивного класу складає план-конспект уроку, в якому інтегрує учбовий матеріал загальноосвітніх і спеціальних (корекційних) програм так, щоб на одному уроці діти з різним станом психофізичного та інтелектуального розвитку вивчали близьку за змістом тему, але на тому рівні засвоєння, який доступний для кожного учня. Інформація, одержувана учнем по темі, що вивчається, повинна відповідати рекомендованій йому для навчання освітній програмі. Закріплення і відпрацювання отриманих знань, умінь і навичок ведеться на різному дидактичному матеріалі, підбраному для кожного учня індивідуально: роздаткові картки, вправи з навчальних посібників і підручників.

Технологія особистісно-орієнтованого підходу передбачає спеціальне конструювання навчального матеріалу, текстів, дидактичного матеріалу, рекомендацій до його використання, форм контролю за особистісним розвитком учнів у процесі оволодіння знаннями, оцінювання діяльності учня не тільки за кінцевим результатом, а й за процесом його досягнення. Всі завдання спершу краще виконувати разом із дитиною, а вже потім включати різні види допомоги. Процес особистісно-орієнтованого підходу до навчання учнів з інтелектуальними порушеннями передбачає обов'язкове узгодження змісту матеріалу, що вивчається, з індивідуальним досвідом та знаннями зокрема кожної дитини, використання індивідуальних способів осмислення навчального матеріалу, надає можливість вибору при виконанні завдання та засвоєння узагальнених способів навчальної діяльності. Під час навчального процесу необхідно передбачати можливості для "рухової розрядки": динамічні паузи, пальчикові ігри, рухавки та ін. На заняттях обов'язково використовувати наочні та практичні методи: розглядання і маніпуляції з натуральними предметами, картинками; робота зі схемами, таблицями. Це забезпечує участь трьох сенсорних каналів (аудіального, візуального, кінестетичного).

Врахування цих особливостей здійснюється шляхом різноманітних форм і методів виконання завдань (дозована допомога з боку вчителя, надання різного часу для виконання завдання, використання різних форм контролю – фронтального, індивідуального; організація групової роботи учнів, надання можливості виконання тих видів діяльності, які для учня є найбільш успішними тощо).

Навчальний вплив на учнів з інтелектуальними порушеннями в умовах інклюзії має забезпечити наступність в опануванні програмового матеріалу та розв'язанні корекційно-розвивальних задач. Навчальні завдання мають охоплювати можливості пізнавальної діяльності дітей з інтелектуальними порушеннями і не бути занадто легкими чи занадто складними (аби не гальмувати загальний розвиток пізнавальної активності учнів, не призвести до руйнування їхньої мотиваційної сфери). Кінцевим продуктом розв'язання навчальних завдань мають виступати не тільки знання, сформовані способи дії, а й певною мірою скориговані розумові дії, процеси пізнавальної діяльності.

Ми вважаємо, що ефективність особистісно-орієнтованого підходу в навчанні дитини з інтелектуальними порушеннями в умовах інклюзії зростає і за умови забезпечення сталої мотивації учня до навчання. У таких дітей спостерігається певна обмеженість, ситуативність, нестійкість, але у процесі корекційно-спрямованого педагогічного впливу мотиваційна сфера набуває повніших характеристик. Формування позитивного емоційного ставлення до навчання забезпечується використанням у навчальному процесі цікавих фактів, яскравих прикладів, інформації, що відповідає потребам та інтересам учнів [1]. Зацікавлення учнів з інтелектуальними порушеннями змістом навчального матеріалу потребує систематичності у роботі вчителя і асистента вчителя, адже важливо не тільки викликати спалах позитивних емоцій, а й дбати про те, щоб він не згас. З метою формування позитивних мотивів навчання ми рекомендуємо систематично використовувати додатковий пізнавальний матеріал, ігри, різноманітну наочність, незвичні способи постановки та оформлення навчального завдання, художню літературу та ін.

Важливо також створити сприятливе культурно-освітнє середовище для організації колективу учнів інклюзивного класу. Колектив має корекційно-виховний вплив на всебічний розвиток дитини з порушенням інтелекту. Створюються сприятливі умови для інтенсивного дитячого взаємозбагачення. Сильніший учень у навчанні має змогу допомогти слабшому, який в свою чергу, може досягнути недоступне для нього, але до чого прагне [2, с.63]. Перевага особистісно-орієнтованого підходу в інклюзії в тому, що учень не залишається віч-на-віч зі своїми негараздами, зумовленими порушеннями психофізичного розвитку, він може отримати підтримку в колективі.

Особистісно-орієнтоване навчання вимагає здійснення системності в ньому, а це – необхідність мати системне, цілісне уявлення про особистість кожної дитини та її розвиток; органічно сполучати різні форми й методи роботи на уроці.

**Висновки.** Основною метою діяльності інклюзивного закладу є створення оптимальних умов для становлення особистості кожної дитини відповідно до особливостей її психічного та фізичного розвитку, індивідуальних можливостей та здібностей. Лише в умовах комплексної корекційної допомоги можливо досягти успіхів у навчанні дітей з різними інтелектуальними можливостями, створюючи для них психологічно комфортне, реабілітаційне середовище.

Особистісно-орієнтований підхід до навчання – не ціль, а засіб розвитку індивідуальності й являє собою створення найсприятливіших умов для розвитку особистості учнів з інтелектуальними порушеннями.

Спрямування особистісно-орієнтованого підходу в інклюзивному навчанні на досягнення життєвого успіху дитиною з інтелектуальними порушеннями є актуальним педагогічним завданням, яке вимагає зусиль педагогів, психолога, логопеда, олігофренопедагога, медичних працівників.

Подальші дослідження складної проблеми розробки і запровадження особистісно-орієнтованого підходу в інклюзивній освіті має забезпечити гармонізацію розвитку особистості дитини з інтелектуальними порушеннями.

Однак всі ці заходи неможливі без таких педагогів, які мають знання з вікової та педагогічної психології, основ дефектології соціальної психології, про особливості соціалізації дитини з порушеннями інтелекту, про методи роботи з ними.

### **Список використаної літератури**

1. Блеч Г. Врахування особистісно орієнтованого підходу при формуванні природничих знань у дітей з порушеннями розумового розвитку // Дидактичні та соціально-психологічні аспекти корекційної роботи у спеціальній школі. – Наук. метод. зб.: Вип. 8. Т. 1 / За ред. В.І. Бондаря, В.В. Засенка. – К., 2006. – С. 230–235.
2. Гудима О.В. Особливості особистісно-орієнтованого навчання у спеціальній школі // Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка: Серія соціально-педагогічна: Вип. 10 / за ред. О.В. Гаврилова, В.І. Співака. – Кам'янець-Подільський: Аксіома, 2008. – С. 61–64.
3. Освітні технології: Навч. –мет. посібник // О. М. Пехота, А. З. Кітченко, О.М. Любарська та ін.. – К.: А.С.К., 2001. – 256 с.
4. Постанова Кабінету Міністрів України від 15 серпня 2011 р. № 872 "Про затвердження Порядку організації інклюзивного навчання у загальноосвітніх навчальних закладах".
5. Постанова Кабінету Міністрів України від 21 серпня 2013 р. № 607 "Про затвердження Державного стандарту початкової загальної освіти для дітей з особливими освітніми потребами".

*Гойдош К.Ю., Романів О.П.*

## **Працетерапія як соціальна технологія для покращення якості життя пацієнтів**

**ДВНЗ «Ужгородський національний університет», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, факультет здоров'я та фізичного виховання**

**Вступ.** Основна мета – це здоров'я і оптимальна якість життя пацієнта.

Працетерапія – спрямоване залучення хворого у трудову діяльність із лікувальною та реабілітаційною метою. Працетерапія концентрує у собі досягнення медичної і соціальної реабілітації, у тому числі ЛФК, масажу, фізіотерапії і механотерапії. Засобами працездатності є трудові рухи й різноманітні трудові процеси, а не рухи й вправи взагалі. Добирають їх з урахуванням професії і побутових дій. Результатом працетерапії є цілеспрямоване вироблення якогось продукту праці або виконання робочого завдання. Це, головним чином, відрізняє працетерапію та її засоби від ЛФК (В.М. Мухін, 2000).

Основні завдання відновлення працездатності згідно з рекомендаціями Комітету експертів ВООЗ (1964) такі: повернути хворому самостійність у повсякденному житті; повернути його до колишньої роботи, якщо це можливо; підготувати хворого до виконання іншої роботи з повним робочим днем відповідно до його працездатності, або, якщо це неможливо, підготувати до роботи з неповним робочим днем або до праці у спеціальному закладі для інвалідів, або, нарешті, до неоплачуваної діяльності.

**Мета роботи:** проаналізувати та узагальнити дані щодо принципів та актуальності працетерапії осіб, які втратили свою працездатність внаслідок інвалідності або наявності психічних порушень.

**Матеріали та методи.** Проведено огляд публікацій в спеціалізованих журналах, що включають редакційні та оглядові статті, коментарі, огляди книг.

**Результати.** Ефект від застосування працетерапії – це повернення до здорового та активного способу життя.

Розрізняють загальнозміцнювальну, відновну й професійну працетерапію.

Загальнозміцнююча працетерапія допомагає відвернути увагу хворого від неприємних думок, раціонально заповнити час, підвищити нервово-психічний і життєвий тонус, викликає позитивні емоції.

Відновна працетерапія запобігає виникненню рухових порушень бо забезпечує відновлення тимчасово зниженої у хворого функції рухового апарату, адаптацію його до фізичних навантажень виробничого й побутового характеру. При цьому добирають такі трудові рухи та акти, що потребують участі м'язів і суглобів, втягнутих у патологічний процес.

Професійна працетерапія проводиться на загальному етапі реабілітації з метою відновити рухові виробничі навички й працездатність, що існували раніше; полегшити хворому повернення до попередньої роботи.

У працетерапії використовуються насамперед, рухи трудових процесів, що забезпечують самообслуговування, побутову й щоденну діяльність, користування пристроями та протезами. Застосовують плетіння, в'язання, ткацтво, швейні, столярні й слюсарні роботи, різьблення по дереву, роботи в саду, оранжереї, працю в професійно-виробничих майстернях.

Дозування фізичного навантаження і трудовий режим встановлюють індивідуально. За допомогою безпосереднього нагляду за реакцією пацієнта та розроблених спеціальних тестів з фізичним навантаженням виявляють енергетичну проможність хворого працювати в діапазоні енерговитрат певної трудової діяльності.

Трудова діяльність, націлена на результат, закріплює досягнуті рухи, відпрацьовує їх комплексно, використовуючи рух як фізіологічний стимулятор, сприяє збільшенню амплітуди рухів, виробленню автоматизму, зниженню м'язової

ригідності, підвищенню сили м'язів і їхньої пластичності. У процесі виконання тих або інших робіт контакт із різнохарактерними матеріалами, відмінними один від одного за формою, обсягом, пружністю, стимулює відновлення чутливості. Різні трудові процеси включають м'язи в роботу з різним ступенем активності. Тому при призначенні працетерапії варто спеціально підбирати трудові операції з урахуванням біомеханічних особливостей тієї або іншої технології, орієнтуючись на функціональний дефект, з огляду на клінічні особливості випадку й рухові можливості хворого. Одним із основних принципів використання трудотерапії полягає у тому, що праця хворих повинна бути результативною і хворий повинен бачити результати своєї діяльності.

Працетерапія стимулює фізіологічні процеси, відновлює або збільшує рухливість у суглобах і силу м'язів, покращує координацію рухів, а у випадках залишкових функцій прискорює і тренує хворого для використання їх з максимально можливим ефектом.

Працетерапія справляє також потужну психотерапевтичну дію: мобілізує волю хворої людини, зосереджує увагу під час роботи, відвертає від неприємних відчуттів і думок про хворобу, вселяє надію на одужання, повертає людині впевненість у своїх силах, робить її повноцінним членом суспільства. це не тільки метод лікування, але й можливість розширити кругозір, відкрити в собі закритий потенціал та можливість спробувати щось нове, чим покращити якість життя.

Якість життя (ЯЖ) – це сумарна характеристика фізичного, психологічного, соціального, емоційного та матеріального благополуччя людини, основана на її суб'єктивному сприйнятті. Рівень його не може бути достатнім при неможливості людини виконувати свої звичні функції чи можливості забезпечити себе у матеріальному плані. Саме тому при відновленні побутових, соціальних та трудових навичок показник якості життя зростає, адже людина здатна відчувати свою самостійність та незалежність.

**Висновки.** Працетерапія для осіб з обмеженими можливостями є засобом компенсації порушень, а також впливає на поведінку людини: поліпшується орієнтування в просторі і мовні функції, підвищується чіткість і осмисленість сприйняття інформації, формується самостійність і відповідальність. Праця відволікає хворого від своїх побоювань і страхів, від фізичного або душевного болю. Коли людина знаходиться в колективі хворих, в неї виникає відчуття власної неповноцінності, ізольованості та ін. Лікування працею має за мету відновлення набутих або придбання нових професійних навичок і знань з наступним раціональним працевлаштуванням, а також на забезпечення конкурентоспроможності особи з інвалідністю на ринку праці.

Розглядаючи працетерапію як соціальну технологію, перш за все потрібно відмітити, що метою працетерапії є залучення особи до регулярного виконання трудових дій, створення умов для роботи особи з інвалідністю, похилого віку в колективі чи індивідуально із відповідною для них мірою сторонньої підтримки (самостійно, з допомогою або під наглядом), формування у підопічних самоповаги та усвідомлення себе як продуктивного члена суспільства, чим покращити якість життя.

### **Список літератури**

1. Мурза В. П. Психолого-фізична реабілітація: [підручник] / В. П. Мурза. – К. : Олан, 2005. – С. 7–26.
2. Мухін В. М. Фізична реабілітація: [підручник] / В. М. Мухін. – К. : Олімпійська література, 2010. – С. 16–67; 89–94.
3. Федорів Я.-Р. М. Загальна фізіотерапія: [навчальний посібник] / Я.-Р. М. Федорів, А. Л. Філіпюк, Р. Ю. Грицко. – К. : Здоров'я, 2004. – С. 7–9; 122–128.
4. Вовканич А.С. Вступ у фізичну реабілітацію (матеріал лекційного курсу): навч. посіб. / А.С. Вовканич. – Львів : НВФ Українські технології, 2008. – 200 с.
5. Лікувальна фізкультура спортивна медицина; за ред. В.В. Клапчука та Г.В. Дзяка. – К. : Здоров'я, 2005. – 297 с.
6. Сергієні О.В. Організація та управління системою медичної реабілітації інвалідів: Методичні рекомендації / О.В. Сергієні. – Дніпропетровськ, 2007. – 23 с.
7. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я; за заг. ред. Ю.В. Вороненка, В.Ф. Москаленка. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – 680 с.
8. Лікарсько-трудова експертиза в практиці терапевта / Дзяк Г.В., Шабельник В.І., Логвиненко І.О. и др. – К. : Здоров'я, 2004. – 144 с.
9. Холостова Є.І. Технології соціальної роботи: Підручник / за загальною ред. проф. Холостовой Є.І. – М: ИНФРА, 2004. – 400 с.

*Гойдош К.Ю., Романів О.П.*

## **Соціально-трудова реадaptaція осіб з психічними розладами за допомогою працетерапії**

**ДВНЗ «Ужгородський національний університет», факультет післядипломної освіти  
та доуніверситетської підготовки, факультет здоров'я та фізичного виховання**

**Вступ.** Особи з обмеженими можливостями та психічними розладами, як представники найбільш вразливих категорій населення, потребують постійного соціального захисту, підтримки та допомоги. На сьогодні численні різновиди такої допомоги гарантуються чинним законодавством, відповідними нормативними актами; прописаний механізм їх

реалізації у діючих інструкціях і рекомендаціях. Проте, у більшості нормативних документів мова йде про допомогу, що являє собою швидше за все підтримку життєдіяльності та пасивне споживання матеріальних витрат.

Разом із тим, особам з психічними розладами та обмеженими можливостями потрібна й така допомога, що могла б стимулювати і активізувати їх трудові зусилля. Відомо, що для повноцінного, активного життя осіб з інвалідністю та громадян похилого віку необхідне залучення їх в суспільно-корисну діяльність, розвиток і підтримка їх трудових зв'язків зі здоровим оточенням. Мова йде про соціальну реабілітацію, якій останніми роками приділяється все більше уваги. В науковій літературі соціальна реабілітація визначається переважно як комплекс заходів, спрямованих на відновлення зруйнованих або втрачених індивідом суспільних зв'язків та відносин внаслідок порушення здоров'я зі стійким розладом функцій організму (інвалідність), пов'язаних зі зміною соціального статусу (літні громадяни, біженці і вимушені переселенці, безробітні та інші), девіантною поведінкою особи (неповнолітні, особи, які страждають алкоголізмом, наркоманією, або особи, що перебували у місцях позбавлення волі тощо).

В цілому, метою соціально-трудової реадaptaції є відновлення соціального та професійного статусу особистості, забезпечення інтеграції у суспільстві, досягнення матеріальної незалежності. Найбільш важливою технологією соціально-трудової реабілітації прийнято вважати працетерапію, як метод надання допомоги людям із фізичними вадами з метою навчити їх більш вміло поводитися зі своїм тілом, а осіб з психічними порушеннями – долати емоційні проблеми шляхом залучення їх у спеціально організовану діяльність.

**Мета роботи:** проаналізувати та узагальнити дані щодо принципів та актуальності соціально-трудової реадaptaції осіб, які мають психічні розлади. Визначення показів та протипоказів для застосування працетерапії. Тактика терапії при окремих видах психопатології.

**Матеріали та методи.** Проведено огляд публікації в спеціалізованих журналах, що включають редакційні та оглядові статті, коментарі, огляди книг та мережі інтернет.

**Результати.** Працетерапія при психопатології має міждисциплінарний статус (використовуються знання в галузі психіатрії, клінічної психології та психології праці). Професор С. Г. Геллерштейн, один з засновників психології та психофізіології праці виділив програму розвитку теорії трудотерапії як розділу психології праці. Програма включала три положення, які не втратили своєї актуальності і в даний час.

1. Праця – "стимулятор росту", розвитку та відновлення, повернення в життя, працевлаштування.

2. У призначенні працетерапії не повинно бути випадковостей, необхідно науково обгрунтоване програмування раціонально побудованої трудотерапії. Завдання психолога – направити кожен фактор праці і всі разом фактори по найбільш оптимальному руслу (важливо врахувати дефекти хворого і викликати до життя корисні компенсаторні процеси, створити умови для дозованого зростання необхідних зусиль, дати хворому відчуття задоволення від досягнутих результатів).

3. Необхідно побудувати особливу класифікацію видів праці і способів їх лікувально-відновного впливу. Потрібна схема (як модифікація професіографічної схеми), в якій слід було б співвіднести типові клінічні варіанти патологічних станів і супутніх порушень психіки хворих, а також потенційних лікувально-відновлювальних можливостей видів праці.

С. Г. Геллерштейном виділено рівні соціально-трудової реадaptaції психічно хворих:

1. Професійна реадaptaція: повернення до колишньої професії, коли колеги «дефект не помічають».
2. Виробнича реадaptaція: повернення до праці, але при зниженні кваліфікації.
3. Спеціалізовано-виробнича реадaptaція.
4. Лікувально-виробнича реадaptaція.
5. Внутріньосімейна реадaptaція: виконання домашніх обов'язків.
6. Внутрішньолікарняна реадaptaція: при глибоких дефектах психіки.

Працетерапія абсолютно протипоказана при: -гострих психотичних станах з розладами свідомості; -гострому кататонічному ступорі; -при соматичних захворюваннях, що перешкоджають праці.

Тимчасово протипоказана при: -проведенні інтенсивного медикаментозного лікування; -при гострих психотичних станах без розладів свідомості; -при виражених депресіях і астенії;

Відносно протипоказана при негативній установці на працю (при цьому необхідно підбирати види праці, поступово пристосовувати працю до хворого, потрібен індивідуальний підхід).

Працетерапія застосовується взаємності від виду психопатології:

– Галлюцинаторний синдром. Активне залучення хворих до праці приводить до послаблення галюцинацій. Але праця повинна бути напруженою, активною і мало піддаватися автоматизації. Механізм лікувальної дії праці в цих випадках: придушення патологічної доміанти і створення нової трудової доміанти. Хворі страждають не стільки від самих галюцинацій, скільки від заглиблення у переживання, які вони супроводжують; активна праця зменшує таку захопленість, наповнюючи психічне життя хворого новим здоровим змістом.

– Депресивні стани. Хворим важливо відволіктися від тяжких переживань, дати надію на одужання, створити доміанту для відволікання від тривожних думок. Праця повинна бути виключно індивідуальною, що дозволяє оцінювати продуктивність і чергувати різні форми роботи. Ця робота повинна спиратися на звичні навички, важливо показати хворому його повноцінність, придатність до осмисленої, корисної діяльності.

– Рухова загальмованість. Партнером по роботі може бути лише хворий, який незначно перевершує по активності, або інструктор з праці. Метод робочих проб: інструктор деякий час працює з хворим на спареній роботі, виділяє властивий хворому ритм, темп рухів, стиль його роботи, характерні недоліки і ін.

– Розумова відсталість. Якщо у цих хворих є інтерес до праці, то вони нічим не відрізняються від здорових (за експериментальними даними). У розумово відсталих (наприклад, при хворобі Дауна) добре розвинена моторна пам'ять і старанність (вони дуже старанні); крім того, вони дуже емоційні і у них виражена емпатія.

**Висновки.** З метою соціальної та медичної реабілітації та адаптації до життя людей з психічними розладами рекомендовано застосовувати працетерапію. Використання цього методу дає можливість людині з множинними обмеженнями перебувати в колективі, навчатися, розвиватися, працювати і пристосовуватися в суспільстві. Збереження і розвиток трудових навичок, розширення їх діапазону і обсягу сприяє попередженню подальшої соціальної та психічної деградації.

Основне призначення – це формування, відновлення, поживлення та стимулювання згасаючої діяльності та руху, що сприятиме насиченню життя активністю. Відомо, малорухомий спосіб життя, свідоме самоусунення від діяльності, пов'язаної з рухливістю, інтелектуальним і емоційним навантаженням, негативно позначається як на соматичному, так і на психологічному статусі людини.

Працетерапія, як метод соціально-трудової реадaptaції, вирішує широкий спектр завдань соціальної реабілітації: допомагає відволіктися від тяжких і тривожних думок, хвилювання; зміцнює інтелектуальні якості і емоційно-вольову сферу; підвищує психічний тонус, допомагає позбутися від усвідомлення своєї неповноцінності, формує оптимістичне ставлення до життя; створює умови для відновлення взаємин з соціумом та інше.

### **Список літератури**

1. Холостова Є.І. Технології соціальної роботи: Підручник / за загальною ред. проф. Холостовой Є.І. – М : ИНФРА, 2004. – 400 с.
2. Сучасні підходи до проблем комплексної реабілітації інвалідів з обмеженими розумовими можливостями. – Ж: Працівник соціальної служби № 1, 2005 р. – С. 7–11.
3. Комплексна реабілітація інвалідів. : Учб. посібник для студ. вищ. навч. закладів / Т.В. Зозуля, Є.Г. Свистунова, В.В.Чешіхіна та ін; Під ред. Т.В.Зозулі. – М. : Видавничий центр «Академія», 2005. – 304 с.
4. Маршінін Б.А. Окупаційна терапія: Курс лекцій. – М., 2002.
5. Богданова О.А. / Організація соціальної роботи в психоневрологічних інтернатах. / Вологда. 2006. – 58 с.
6. Гулина М.А. Словник-довідник із соціальної роботи. – СПб.: Пітер, 2008. – 400 с.
7. Вовканич А.С. Вступ у фізичну реабілітацію (матеріали лекційного курсу): навч. посіб. / А. С. Вовканич. – Львів: НВФ «Українські технології», 2008. – 200 с.
8. Мухін В. М. Фізична реабілітація: [підручник] / В. М. Мухін. – К.: Олімпійська література, 2010. – С. 16-67; 89-94.
9. Основи фізичної реабілітації / Магльована Г.П. – Львів: Ліга-Прес, 2006. – 148 с.

<sup>1</sup>Гребняк М.П., <sup>2</sup>Ковальчук Л.Й., <sup>3</sup>Щудро С.А., <sup>4</sup>Кірсанова О.В.

## **Якість життя, що пов'язана із здоров'ям, як індикатор громадського здоров'я**

<sup>1</sup>Запорізький державний медичний університет

<sup>2</sup>Одеський національний медичний університет

<sup>3</sup>Дніпропетровська державна медична академія

**Вступ.** До сьогодні вся діяльність держави з охорони здоров'я базується на стратегії постійного удосконалення медичної допомоги населенню. При цьому головна помилка полягає у спробах формування здоров'я через хвороби. В основі вказаного знаходиться підміна понять «здоров'я – хвороба». Однак здоров'я та хвороба протилежні стани. Розуміння хвороби в якості критерія здоров'я призводить до сконцентрування всіх зусиль до надання медичної допомоги хворим. Невипадково для його оцінки використовуються такі показники як первинна захворюваність, розповсюдженість хвороб, патологічна ураженість, інвалідизація, тягар хвороб, смертність, летальність. Але захворювання є наслідком зниження рівня здоров'я, порушень взаємовідношень організму та зовнішнього середовища, що призводить до розвитку патологічного стану. Тому необхідно боротися не з хворобами, а з чинниками погіршення здоров'я. Також хибним є поділ людей на здорових та хворих. Немає абсолютно здорових та абсолютно хворих, у кожної людини свій рівень здоров'я, що формує спектр та рівень лікувальних, оздоровчих, профілактичних і валеологічних заходів. До одного із критеріїв, що характеризують компенсаторно-адаптаційний потенціал людини, співвідношення здоров'я та хвороби, відноситься якість життя [1, 7, 8]. Необхідність цілісного бачення управління громадським здоров'ям стало передумовою до перегляду концепції здоров'я та хвороби в медичній сфері. Якість життя, що пов'язана із здоров'ям – інтегральна характеристика фізичного психічного та соціального функціонування здорової та хворої людини, яка ґрунтується на її суб'єктивному сприйнятті людиною себе в житті, в контексті культури й системи цінностей, залежно від власних цілей, очікувань і стандартів. Вона дозволяє диференційовано визначати вплив хвороби та лікування на стан хворого [2, 3, 7]. Основними складовими якості життя є багатовимірність (інформація про всі головні сфери життєдіяльності людини), участь хворого в оцінці його стану (оцінку здійснює безпосередньо пацієнт), змінність у часі (моніторингування в залежності від стану хворого, здійснення корекції лікування та реабілітації при необхідності). За цим підходом на перший план виходить оцінка термінів задоволеності-незадоволеності, благополуччя-неблагополуччя у житті та функціонуванні. На суб'єктивну оцінку людиною власного благополуччя впливає низка зовнішніх та внутрішніх факторів (стан здоров'я, довкілля, рівень медичного забезпечення, рівень достатку) [1, 4, 5].

Захворювання призводять не тільки до обмежень фізичної активності, але й змінюють соціально-психологічні аспекти життя. В зв'язку з цим необхідно враховувати суб'єктивну думку пацієнтів при оцінці ініціатив з охорони здоров'я [3, 5, 6]. Тобто, у сучасній парадигмі громадського здоров'я важливе місце належить маркерам оцінки якості життя.

В зв'язку з тим, що якість життя, як комплексна характеристика фізичного, психологічного, емоціонального та соціального функціонування на основі суб'єктивного сприйняття людиною, в медичному розумінні цього терміну, пов'язана з її здоров'ям – вона має надзвичайну актуальність для громадського здоров'я.

**Мета** – обґрунтувати можливості застосування якості життя, що пов'язана із здоров'ям, як індикатора у громадському здоров'ї.

**Матеріали та методи.** Дані збирались шляхом анкетування прямим опитуванням 342 осіб у віці 15–24 роки. Для оцінки якості життя використано «Медичний питальник «Коротка форма для оцінювання здоров'я – 36 MOS SF-36». Після інформативної про мету опитування, роз'яснювались правила заповнення опитувальника. Всі досліджувані особи не мали хронічних захворювань та не знаходились на диспансерному обліку. Трансформація по кожній із шкал здійснювалась відношенням різниці суми показників за шкалою до мінімального значення до різниці та множилась на 100.

**Результати.** Встановлено що сумарний показник здоров'я у ліцеїстів становив 65,1 балів, у студентів 85,5 балів та 77,7 балів у інших груп дорослого населення. Сумарний показник психічного здоров'я відповідно 54,5 балів, 61,8 балів та 55,8 балів. На якість життя впливає низка об'єктивних факторів (екологічне середовище, погіршення харчування за рахунок зміни продуктів харчування в бік споживання продуктів з меншою біологічною цінністю, зміна структури захворюваності). Поряд із об'єктивними чинниками існує низка суб'єктивних (відсутність прихильності до здорового способу життя, зниження фізичної та розумової працездатності, акселерація/ретардація фізичного розвитку, постійний аналіз вегетативних процесів донозологічного стану). У чоловіків якість життя за всіма шкалами була вищою в порівнянні з жінками.

Між суб'єктивною оцінкою якості життя та основними об'єктивними й суб'єктивними показниками існує залежність [5]. Зокрема, коефіцієнти кореляції між задоволеністю життям та задоволеністю навчанням, роботою становлять – 0,41, оцінкою благополуччя та здоров'ям – 0,4, якістю життя та матеріальним становищем – 0,37.

Досягнення стратегічних завдань громадського здоров'я за критерієм оцінки якості життя, що поєднана із здоров'ям, можливе при умовах доступного й валідного інструменту його вивчення, наявності когортних норм. Встановлені при цьому маркери якості життя дозволяють виявити фактори ризику, що впливають на здоров'я. Моніторингування за допомогою опитувальника складових якості життя в процесі періодичних медичних оглядів, створить передумови для кількісної оцінки якості життя в системі громадського здоров'я. В зв'язку з цим на основі наших даних та матеріалів інших дослідників розроблено шкали оцінки якості життя.

Шкала PF (трансформоване значення  $\bar{x}=76,8$  бала) – відображає обсяг повсякденного навантаження, що не обмежений станом здоров'я. Чим він більший, тим більше фізичне навантаження, на думку дослідників, людина може виконувати.

Шкала RP (трансформоване значення  $\bar{x}=54,8$  балів) – відображає ступень лімітування здоров'ям звичної діяльності. Чим він більший, тим менше проблем із здоров'ям обмежують повсякденну діяльність.

Шкала GH (трансформоване значення  $\bar{x}=53,4$  бала) – відображає стан загального здоров'я в даний момент, перспективи лікування та хвороби. Чим він більший, тим краще здоров'я.

Шкала SF (трансформоване значення  $\bar{x}=68,1$  бала) – оцінює рівень соціальної активності. Низькі бали відображають значне обмеження рівня спілкування в зв'язку з погіршенням здоров'я.

Шкала BP (трансформоване значення  $\bar{x}=59,2$  бала) – оцінює інтенсивність больового синдрому та його вплив на здатність займатись нормальною діяльністю. Чим більше його величина, тим менше він відчуває біль, а біль значно обмежує фізичну активність.

Шкала VT (трансформоване значення  $\bar{x}=53,9$  бала) – оцінює відчуття сил та енергії. Низькі бали свідчать про втому та зниження їх життєвої активності.

Шкала RE (трансформоване значення  $\bar{x}=56,7$  бала) – відображає перешкоди емоційного стану виконанню роботи чи повсякденної діяльності або великі затрати часу на їх виконання. Чим вищі показники, тим менше емоційний стан обмежує повсякденну активність.

Шкала IN (трансформоване значення  $\bar{x}=58,1$  бала) – характеризує настрій, наявність тривоги, загальний показник позитивних емоцій. Чим вище показники, тим більше часу людина відчуває себе спокійною, умиротвореною.

Таким чином, якість життя, що пов'язана із здоров'ям, може застосовуватись в методологічних підходах для вимірювання благополуччя людини. На думку багатьох дослідників [1, 2, 5, 7], якість життя є критерієм вибору індивідуальної терапії та експертизи працездатності, аналізу співвідношення затрат та ефективності медичної допомоги, індивідуалізації лікування, медичного аудиту, а також оцінки ефективності методів сучасної клінічної медицини та різноманітних реабілітаційних технологій, оцінки ступеню важкості хворого, для визначення прогнозу захворювання [4].

**Висновки.** Критеріальною ознакою якості життя, що пов'язана із здоров'ям, є індивідуальна оцінка співвідношення особистого становища людини з актуальними для неї планами, бажаннями, можливостями та ступенем загального задоволення. Вказане дозволяє застосовувати його в якості маркера ефективності послуг у сфері громадського здоров'я.



**Список використаної літератури**

1. Амирджанов В.Н., Горячев Д.В., Коршунов Н.І [и др.] Популяционные показатели качества жизни по опроснику SF-36 (результаты многоцентрового исследования качества жизни «МИРАЖ» // Научно-практическая ревматология, 2008. – №1. – С. 36–48.
2. Алекенова Н.У., Назарбаева Р.К., Кошербаева Л.К [и др.] / Современные подходы и методы оценки качества жизни // Медицинский журнал Западного Казахстана. – 2018. – №1. – С. 23–27.
3. Евсина О.В. Качество жизни в медицине – важный показатель состояния здоровья населения (обзор литературы) // Личность в мире: здоровье, адаптация, развитие, 2013. www.humjournal.ru.
4. Новик А.А., Попова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине, 3-е издание под ред. Ю.Л. Шевченка. – РАЕН, 2012. – 313 с.
5. Павлова Ю.О. Структура якості життя населення // Слобожанський науково-спортивний вісник, 2015. – №5. – С. 90–94.
6. Петрова Н.Г., Погосян С.Г., Новоселова М.В. О результатах оценки качества жизни среднего медицинского персонала // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины, 2018. – №2. – С. 94–97.
7. Самойлова Ю.Г., Олейник О.А., Новоселова М.В. Характеристика показателей качества жизни детей и подростков с сахарным диабетом I-го типа // Сибирский медицинский журнал. – 2011. – №4. – С. 126-132.
8. Краткий опросник ВОЗ для оценки качества жизни. – 2004.

*Дикий Б.В.*

***Вплив дихальної гімнастики Хатха-йоги на стан здоров'я та адаптаційні можливості організму людини***

***ДВНЗ «Ужгородський національний університет», факультет здоров'я та фізичного виховання, кафедра фізичної реабілітації, м. Ужгород***

**Вступ.** Здоров'я населення є важливою складовою потенціалу розвитку України. Вирішення проблеми відновлення працездатності населення яке активно залучене в виробничий процес суспільства є важливою задачею у вирішенні збереження його працездатності. Наслідки радіоактивного забруднення від аварії на ЧАЕС, постійних стресових ситуацій які пов'язані з теперішнім викликом перед суспільством особливо з проведенням бойових дій на сході держави стають відмінними рисами цивілізаційних процесів в Україні.

Одне з ведучих місць серед медичних наслідків цих впливів, на працездатність населення, яке визначається адаптаційним потенціалом організму та відмінність біологічного та паспортного віку, являються соматоневрологічні порушення, як нейроциркуляторна дистонія, астеничний синдром, неврози, які супроводжуються значними порушеннями в ефективній сфері, ведуть до функціональних змін діяльності внутрішніх органів, нейроендокринної регуляції [1].

В даний час в Україні питання впровадження системи громадського здоров'я на всіх рівнях управління є особливо актуальним [2].

Поряд з традиційними методами лікуванням та реабілітацією, цікавим напрямком є застосування нетрадиційних методів фізіотерапії з застосуванням дихальної гімнастики за методикою Хатха-йоги на геронтологічні показники та адаптаційні можливості організму [3].

На сьогоднішній день в дослідженнях оцінки функціонального стану та резервів організму використовуються новітні методи з застосуванням програмно-апаратного комплексу «Омега-М» [5].

Метою нашого дослідження було вивчення впливу дихальної гімнастики за методикою Хатха-йоги на біологічний вік та адаптаційні можливості організму.

Матеріали та методи й організація досліджень. В дослідженні прийняли участь студенти 5 курсу, лікарі ужгородської міської лікарні та викладачі факультету. Спочатку проводився запис серцевого ритму на протязі 3-х хвилин в стані спокою пацієнта при його нормальному ритмі дихання.

Після того нами досліджувався вплив методики повного дихання за системою Хатха-йоги. Дихальний ритм складався з повного вдиху на протязі 4-х секунд, затримки дихання протягом 4-х секунд, видиху на протязі 4-х секунд, затримки дихання на протязі 4-х секунд. Процес дихання в обох випадках проводився на протязі 3-х хвилин з одночасним записом серцевого ритму. Аналіз дослідження проводилось апаратом ОМЕГА-М який використовує методику аналізу варіабельності серцевого ритму до і після впливу дихального ритму за методикою Хатха-йоги.

В процесі дослідження нами оцінювались досліджувані показники які визначались за системою «комплексу комп'ютерної оцінки функціонального аналізу функціонального стану організму людини ОМЕГА-М:

1. Відношення паспортного віку (ПВ) до біологічного віку (БВ) в роках.
2. А – рівень адаптації організму в %;
3. В – показник вегетативної регуляції в %;
4. С – показник нейрогуморальної регуляції в %;
5. D – показник психоемоційного стану в %;
6. Health – комплексний показник здоров'я в %.

Дослідження проводились на кафедрі фізичної реабілітації факультет здоров'я та фізичного виховання УжНУ та в ужгородській міській поліклініці.

**Результати досліджень та їх обговорення.** Наводимо основні результати проведеного дослідження в таблиці.

Таблиця  
**Результати дослідження**

| Досліджувані показники | 1     |       | 2     |       | 3     |       |
|------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
|                        | до    | після | до    | після | до    | після |
| ПВ/БВ роки             | 70/55 | 70/32 | 20/20 | 20/17 | 61/49 | 61/35 |
| A (%)                  | 55    | 100   | 64    | 99    | 54    | 94    |
| B (%)                  | 62    | 99    | 90    | 97    | 59    | 96    |
| C (%)                  | 48    | 100   | 81    | 98    | 67    | 83    |
| D (%)                  | 53    | 100   | 74    | 95    | 50    | 91    |
| Health (%)             | 54    | 100   | 77    | 97    | 57    | 91    |

де: ПВ – паспортний вік, БВ – біологічний вік, % процентне відношення досліджуваних показників до абсолютного показника в системі «Омега-М».

З таблиці видно, що найбільш дієвим впливом на зниження біологічного віку по відношенню до паспортного та рівня адаптації, вегетативної регуляції, нейрогуморальної регуляції, психоемоційного стану, комплексний показник здоров'я організму є застосування дихальної гімнастики за методикою Хатха-йоги. Особливо найбільш виражено проявляється у людей старшого вік та зниженим рівнем адаптації.

**Висновок.** При аналізі результатів було встановлено, що застосування помірної гіпоксії яка відбувається при затримці дихальних фаз в момент вдиху та видиху позитивно впливає на зростання рівня адаптації, вегетативної регуляції, нейрогуморальної регуляції, психоемоційного стану, комплексний показник здоров'я організму, а також до зниження біологічного віку по відношенню до паспортного. Відношення біологічного віку до паспортного віку є одним із основних маркерів якості життя у сфері громадського здоров'я.

**Перспективи подальших досліджень.** Подальші дослідження повинні бути спрямовані на визначення зміни показників стану здоров'я під різних систем дихання, а також фізичного навантаження згідно методики яка базується на аналізі варіабельності серцевого ритму. Розробка моделей прогнозу впливу різних екзогенних чинників на організм людини та визначення динаміки процесів в геронтології та покращення здоров'я.

#### **Література**

1. Санаторное лечение и реабилитация лиц, подвергшихся воздействию радиации, на курортах Закарпатья. / методические рекомендации. / под ред. М. Д. Торохтина, В.Г. Бебешко, Т.А. Задорожная, А.М. Торохтин, М.Л. Габор, А.С. Нягу, И.Н. Хомазюк, Б.П. Преварский, А.Н. Коваленко. Ужгород 1991 р., 20 с.
2. Слабкий Г.О. Основні терміни, які вживаються у сфері громадського здоров'я / Г.О. Слабкий, В.І. Миронюк, Л.О. Качала, О.М. Ратаніна // Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю «Актуальні питання розвитку системи громадського здоров'я в Україні», 24-25 трав. 2017 р. – Ужгород. – № 3 (44) – С. 235-245.
3. Дикий Б. В. Зміни життєвих показників енергетичного стану людського організму під впливом геопатогенних зон та засоби їх нейтралізації / Дикий Б. В. // Проблеми активізації рекреаційно-оздоровчої діяльності населення : матеріали VI Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю, 15-16 трав. 2008 р. – Л., 2008. – С. 31-36.
4. Круглена В.А. Оценка изменения функционального состояния студентов за время занятий по ПАК «Омега-М» / В.А. Круглена // Проблемы здоровья и экологии УО «Гомельский государственный медицинский университет». – 2010. – № 4(26). – С. 141–144.
5. Яблучанский Н.И., Мартыненко А.В. (2010). «Вариабельность сердечного ритма в помощь практическому врачу». Монография. Харьков, 131.
6. Pugliese NR, Fabiani I, La Carrubba S, Conte L, Antonini-Canterin F, Colonna P, Caso P, Benedetto F, Santini V, Carej S, Romano MF, Citro R, Di Bello V. (2016). Italian Society of Cardiovascular Echography (SIEC). Am J Cardiol. pii: S0002-9149(16)31578-8.

Ю.В. Дуткевич-Іванська, Л.П. Русин, Н.Ю. Ходаковська

## **Проблема споживання алкоголю серед студентської молоді**

**ДВНЗ «УжНУ», факультет здоров'я та фізичного виховання**

**Вступ.** Проблема споживання алкоголю дуже актуальна у наші дні. Від цього страждає все суспільство, але в першу чергу під загрозу ставиться підрастаюче покоління: діти, підлітки, молодь, а також здоров'я майбутніх матерів. Адже алкоголь особливо активно впливає на організм, що ще не сформувався, поступово руйнуючи його.

Аналіз наукових досліджень і публікацій показав, що половина студентів ВНЗ вживають алкоголь принаймні раз на тиждень. Водночас із віком знижується рухова активність молоді. Вживання алкоголю знижує самоконтроль і сприяє прояву ризикованих форм поведінки, а також може бути причиною травм (враховуючи травми в результаті дорожньо-транспортних пригод), насильства (особливо побутового) й передчасної смерті.

Залежність від алкоголю має тенденцію посилюватися, незважаючи на несприятливі фізичні та психічні наслідки. При цьому розвитку залежності можуть сприяти різноманітні фактори, до яких найбільш часто відносять: переоцінку себе, схильність до чужого впливу, проблеми особистого, сімейного чи соціального характеру, хвороби, доступність стимуляторів тощо.

Проблема поширення у сучасній студентській молоді залежностей від стимулюючих речовин зумовлена головним чином біологічними факторами, а саме: порушенням нейромедіаторного балансу у нервових клітинах головного мозку, який забезпечує настрої, душевну рівновагу і психічний комфорт. Це призводить до вживання синтетичних аналогів природних нейромедіаторів, що є основною сприяючою причиною розвитку залежностей. Тому молоді люди з порушеннями нейромедіаторного балансу інтуїтивно знаходять в соціумі і обирають для себе як "лікувальний" засіб стимулюючі чинники і отримують завдяки їм бажане задоволення. Людський організм виробляє нейромедіатори, що відповідають за передачу нервових імпульсів і викликають присмні відчуття: дофамін викликає задоволення, серотонін – гарний настрій, ендорфін – щастя або ейфорію. При їх нестачі людина відчуває хронічну втому, пригніченість, апатію, депресію. Такий дискомфорт для деякого є сигналом здатися і піти легким шляхом, просто давши мозку чергову дозу стимуляторів: одним хочеться солодкого або смачного, іншим хочеться випити. Але слід пам'ятати, що нестримною причиною тяги об'їстися солодощами, випити ще одну чашку кави або чарку горілки є дефіцит нейромедіаторів задоволення (в першу чергу серотоніну) у мозку людини залежної від цих стимуляторів. Іншим шкідливим чинником впливу на стан здоров'я студентів є малорухливий спосіб життя (гіпокінезія). Одним із наслідків гіпокінезії є зниження функцій залоз внутрішньої секреції, у тому числі зменшення викиду протистресового гормону адреналіну. А в малорухомій людині підвищується потреба в стимуляції синтезу адреналіну штучними способами – за допомогою прийому алкоголю та ін.

Слід також відзначити, що будь-яка залежність – це захворювання не тільки біохімічне, але й соціальне, психічне, духовне. Всі ці фактори діють у комплексі. На початок систематичного "вживання" стимулятора може впливати як духовний голод індивіда, так і сім'я або суспільство, в яких людина росла і виховувалася. Людина, котра схильна до залежності, намагається підлаштуватися під неї. Вона пробує знайти відповідний спосіб життя, який би не лише уживався з її залежністю, а ще й сприяв би їй, навіть незважаючи на негативний вплив на здоров'я.

**Мета дослідження:** розкриття даної проблеми та закономірностей поширення вживання алкоголю серед студентів нашого факультету.

**Методологічною основою** дослідження є наукові методи, зокрема, історичний, порівняльний, аналіз соціологічної, загально-педагогічної і психологічної літератури по даній проблемі, а також соціологічне опитування та анкетування студентів нашого факультету.

**Результати.** Дане дослідження проводилось в ДВНЗ «УжНУ» серед студентів факультету здоров'я та фізичного виховання. За даними анкетування серед студентів нашого факультету 2018-2019 н.р. встановлено, що 94% опитаних хоча б один раз у житті вживали алкогольні напої. Щодо гендерних відмінностей відносно досвіду вживання алкоголю, то цей показник майже однаковий для хлопців і дівчат (відповідно 99% хлопців та 89% дівчат). Серед усіх опитаних – 25% ніколи не вживали пива, 15% – ніколи не випивали алкогольних коктейлів, а 60% – ніколи не пробували шампанське. Проте 90% студентів полюбили смакувати горілкою. Найбільш популярними напоями у студентському середовищі є пиво, яке вживають 75% хлопців та 48% дівчат нашого факультету, а також вино або шампанське (59% дівчат та 10% хлопців). Про вживання домашніх міцних алкогольних напоїв зазначили 12% студентів (10% хлопців і 14% дівчат), вживанню домашнього вина надають перевагу 26% (25% хлопців і 27% дівчат).

Вживання алкоголю пояснюється характерними особливостями сп'яніння, що "розганяє нудьгу", "дозволяє забути негаразди", "підіймає настрій", "надає бадьорості та сміливості" тощо. Ейфоризуюча дія, релаксуючий ефект, можливість швидко на деякий час змінити свою внутрішню психологічну ситуацію, забезпечили алкоголю «легальне» і важливе місце серед засобів "побутової психофармакології". Деякі алкогольні напої стали почесною частиною багатьох, у тому числі винятково урочистих і значущих ритуалів, у низці випадків їх вживання стало традицією (в т.ч. у релігійних обрядах), набуло особливо символічного значення (наприклад: шампанське на новорічні свята).

**Висновки.** Головними причинами поширення шкідливих звичок і залежностей серед студентської молоді є взаємовплив факторів неправильного харчування, зловживання стимулюючими речовинами і гіпокінезії, які підсилюючи одне одного змінюють нейромедіаторний і гормональний фон організму та мають катастрофічні наслідки для психічного і фізичного здоров'я. Потрібно посилювати профілактично-виховну роботу серед студентів щодо поширення знань про механізми розвитку шкідливих звичок і залежностей об'єднаними зусиллями владних структур, педагогів, медиків і засобів масової інформації.

### **Список використаної літератури**

1. Основи здорового способу життя: підручник / М. І. Кручаниця, В. В. Кручаниця, К. П. Мелега, О. А. Дуло, Н. В. Розумикова. – Ужгород: ТОВ «РІК-У», 2016. – 264 с.
2. Рівень поширення і тенденції вживання тютюну, алкогольних напоїв, наркотичних речовин серед учнівської молоді України: 2011 / [Т. В. Бондар, Ю. П. Галіч та ін.]; кер. авт. кол. О. М. Балакірева. – К.: Обнова, 2011. – 176 с.
3. Бирут Дж. Алкоголизм и гены / Дж. Бирут, Дж. Нернбергер // В мире науки. – 2007. – № 8. – С. 32–39.

4. Фурсова Л.А. Метаболические энцефалопатии при алкоголизме / Л. А. Фурсова // ARS medica. Искусство медицины. – 2011. – № 6. – С. 93–99.

5. Чичеров М.В. Как нас уничтожают. В 3 ч.Ч. 1. Теория «культурного» питья алкоголя / М. В. Чичеров, А. А. Лапшин. – Могилёв : Амелия Принт, 2008. – 44 с.

Дуло О.А.

## Оцінка рівня фізичного здоров'я дівчат – жителів Закарпатської області за показниками аеробної продуктивності організму

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», кафедра фізичної реабілітації

**Вступ.** У серії робіт вітчизняних та іноземних вчених переконливо доведено, що складові фізичного здоров'я зумовлені соматотипічною приналежністю. З огляду на те, що людині притаманна велика розбіжність морфологічних та фізіологічних ознак, пов'язаних із типом конституції, суттєву роль в адаптації організму, яка характеризує рівень фізичного здоров'я, відіграють індивідуальні соматотипологічні особливості [1, 5].

Фізичне здоров'я людини визначається спадковістю. Однак суттєву роль при цьому відіграє тривалий вплив екзогенних чинників [7]. З огляду на це національні та популяційні відмінності морфофункціональних показників стимулюють науковців до пошуку відносних стандартів для жителів окремих регіонів [3, 8]. В Україні існують території з екологічними особливостями, які визначають гормональний статус мешканців цих регіонів, соматометричні параметри, окремі компоненти соматотипу, компонентний склад маси тіла, функціональний стан [1]. Одним з таких регіонів є Закарпаття.

Тому, для здійснення об'єктивного аналізу стану фізичного здоров'я осіб різного віку і статі необхідно чітко визначити, які значення й межі фізіологічних коливань показників аеробної продуктивності організму залежно від соматотипу, притаманні здоровому населенню Закарпатської області.

**Мета** роботи полягала у визначенні фізичного здоров'я дівчат гірських та низинних районів Закарпатської області залежно від соматотипу.

**Матеріали і методи.** Проведено порівняльний аналіз рівня фізичного здоров'я у дівчат постпубертатного періоду онтогенезу віком від 16 до 20 років. Дівчат з гірських районів Закарпатської області було 118 (53,6%), з низинних районів – 102 (46,4%) осіб. Рівень фізичного здоров'я оцінювали за показниками аеробної продуктивності, а саме вимірювали фізичну працездатність ( $PWC_{170}$ ), максимальне споживання кисню ( $VO_{2\max}$ ) за методикою, запропонованою В.Л. Карпманом зі співавтором [4], використовуючи метод велоергометрії. Для оцінки рівня аеробної продуктивності використовували оціночну шкалу Я.П. Пярната [6]. Соматотип визначали за методом Хіт-Картера, який вважається універсальним, тому рекомендується для обстежень людей різної расової приналежності, різної статі, широкого вікового діапазону (від 14 до 70 років), а також забезпечує трьохкомпонентну (жирового, м'язового та кісткового компоненту) антропометричну оцінку. За допомогою даного методу можна кількісно оцінити перевагу: ендоморфії, або відносного ожиріння; мезоморфії, або відносного розвитку скелетно-м'язової системи; екторморфії, або відносної лінійності (витягнутість тіла). Кожен компонент визначався в незмінній послідовності: ендоморфія – мезоморфія – екторморфія, які виражаються числовими значеннями (антропометричними похідними) з точністю до однієї десятої. За методом Хіт-Картера соматотип визначається графічним способом, або ж алгоритмом. Оскільки за алгоритмом вираховувати соматотип зручніше, нами був застосований саме цей спосіб.

**Результати.** Результати досліджень фізичної працездатності за абсолютною величиною  $PWC_{170}$  виявили суттєву перевагу на 45% цього показника у дівчат низинних районів Закарпатської області порівняно з дівчатами гірських районів (таблиця). Відносний показник фізичної працездатності також достовірно виявився на 27% вищим у дівчат низинних районів ( $p < 0,01$ ).

Аналіз результатів досліджень аеробної продуктивності за абсолютною величиною показника максимального споживання кисню свідчить про його вірогідну перевагу у представниць низинних районів на 19% порівняно з дівчатами гірських районів. Рівень аеробної продуктивності за відносною величиною максимального споживання кисню у дівчат як низинних так і гірських районів за Я.П. Пярнатом [6] відповідає «відмінному». Для оцінки аеробної продуктивності останнім часом застосовують поняття «безпечний рівень здоров'я», яке оцінюють за відносним показником  $VO_{2\max}$ . Для жінок «безпечний рівень здоров'я» знаходиться на рівні  $35,0 \text{ мл} \cdot \text{хв}^{-1} \cdot \text{кг}^{-1}$  [2]. Як видно з таблиці, середні значення відносного показника максимального споживання кисню у дівчат низинних та гірських районів значно перевищують «безпечний рівень здоров'я».

Спочатку в усіх досліджуваних за методом Хіт-Картера визначили соматотип і умовно розподілили їх на п'ять груп: з екторморфним соматотипом, ендоморфним соматотипом, ендомезоморфним соматотипом, мезоекторморфним соматотипом, зі збалансованим соматотипом. Найбільшу кількість дівчат виявлено зі збалансованим соматотипом (41,2%), а найменшу з ендоморфним соматотипом (5,9%).

Серед дівчат низинних районів зустрічаються переважно особи зі збалансованим (34,7%) та ендомезоморфним соматотипами (32,2%), а менша кількість дівчат з мезоекторморфним (9,3%) та екторморфним соматотипами (10,2%).

Таблиця  
**Фізична працездатність ( $PWC_{170}$ ) і аеробна продуктивність  
 організму дівчат гірських та низинних районів Закарпаття ( $M \pm m$ )**

| Показник   | Середнє значення ( $M \pm m$ ) |                        | P     |
|--|--------------------------------|------------------------|-------|
|  | низинний район (n=118)         | гірський район (n=102) |       |
| $PWC_{170}$ , $\text{кгм} \cdot \text{хв}^{-1}$                      | $780,87 \pm 53,1$              | $538,7 \pm 39,8$       | <0,01 |
|  | кратність змін 1,45            |                        |       |
| $PWC_{170}$ , $\text{кгм} \cdot \text{хв}^{-1} \cdot \text{кг}^{-1}$ | $13,04 \pm 0,46$               | $10,3 \pm 0,52$        | <0,01 |
|  | кратність змін 1,27            |                        |       |
| $VO_2$ , $\text{мл} \cdot \text{хв}^{-1}$                            | $2567,49 \pm 90,27$            | $2155,83 \pm 59,66$    | <0,01 |
|  | кратність змін 1,19            |                        |       |
| $VO_2$ , $\text{мл} \cdot \text{хв}^{-1} \cdot \text{кг}^{-1}$       | $42,9 \pm 0,58$                | $41,7 \pm 0,46$        | >0,05 |
| Маса тіла, кг  | $59,9 \pm 1,8$                 | $51,8 \pm 2,6$         | <0,05 |
|  | кратність змін 1,16            |                        |       |

Примітка: P – вірогідність різниці показників у дівчат-жителів низинних та гірських районів Закарпатської обл.

Результати досліджень фізичної працездатності за абсолютною величиною  $PWC_{170}$  виявили суттєву перевагу цього показника у дівчат гірських районів ендомезоморфного соматотипу, порівняно з представницями інших соматотипів. Так значення абсолютного показника  $PWC_{170}$  у представниць ендомезоморфного соматотипу у середньому становить  $764,3 \pm 25,23$   $\text{кгм} \cdot \text{хв}^{-1}$ , що на 17,1% перевищує значення представниць зі збалансованим соматотипом, яке становить  $652,76 \pm 28,4$   $\text{кгм} \cdot \text{хв}^{-1}$  ( $p < 0,05$ ). Середня величина  $PWC_{170}$  абс. представниць ендомезоморфного соматотипу в 2,5 рази перевищує середнє значення представниць екоморфного соматотипу, яке становить  $304,6 \pm 14,4$   $\text{кгм} \cdot \text{хв}^{-1}$  ( $p < 0,01$ ). Виявлено також суттєву перевагу значення абсолютного показника  $PWC_{170}$  представниць ендомезоморфного соматотипу над середнім значенням представниць мезоекоморфного соматотипу  $328,0 \pm 12,97$   $\text{кгм} \cdot \text{хв}^{-1}$  і над значенням представниць ендоморфного соматотипу (на 10,6%), яке становить  $691,3 \pm 24,7$   $\text{кгм} \cdot \text{хв}^{-1}$  ( $p < 0,05$ ). Середні значення  $PWC_{170}$  абс. представниць ендоморфного та збалансованого соматотипів між собою вірогідно не відрізняються. Так само середні значення  $PWC_{170}$  абс. представниць мезоекоморфного та екоморфного соматотипів вірогідно не відрізняються.

Дослідження фізичної працездатності за відносною величиною  $PWC_{170}$  засвідчило вірогідно нижчий рівень даного показника у представниць екоморфного соматотипу порівняно зі значеннями представниць інших соматотипних груп. У представниць ендомезоморфного соматотипу середнє значення  $PWC_{170}$  відн. ( $13,79 \pm 0,75$   $\text{кгм} \cdot \text{хв}^{-1} \cdot \text{кг}^{-1}$ ) вірогідно не перевищує середню величину дівчат ендоморфного соматотипу ( $11,9 \pm 1,2$   $\text{кгм} \cdot \text{хв}^{-1} \cdot \text{кг}^{-1}$ ) ( $p > 0,05$ ), разом з тим, перевищуючи значення дівчат збалансованого соматотипу ( $11,6 \pm 0,74$   $\text{кгм} \cdot \text{хв}^{-1} \cdot \text{кг}^{-1}$ ) на 18,9%. Середнє значення  $PWC_{170}$  відн. у представниць ендомезоморфного соматотипу, яке становить  $13,79 \pm 0,75$   $\text{кгм} \cdot \text{хв}^{-1} \cdot \text{кг}^{-1}$ , перевищує значення представниць мезоекоморфного соматотипу ( $9,7 \pm 0,59$   $\text{кгм} \cdot \text{хв}^{-1} \cdot \text{кг}^{-1}$ ) на 42,2% ( $p < 0,001$ ), представниць екоморфного соматотипу ( $6,8 \pm 0,81$   $\text{кгм} \cdot \text{хв}^{-1} \cdot \text{кг}^{-1}$ ) в 2,03 рази. У представниць ендоморфного та ендомезоморфного соматотипів середні значення  $PWC_{170}$  відн. не мають між собою вірогідної відмінності ( $p > 0,05$ ).

Результати досліджень фізичної працездатності за абсолютною величиною  $PWC_{170}$  у дівчат низинних районів виявили суттєву перевагу цього показника також у дівчат ендомезоморфного соматотипу, порівняно з представницями інших соматотипів.

Так значення абсолютного показника  $PWC_{170}$  у представниць ендомезоморфного соматотипу у середньому становить  $876,52 \pm 39,71$   $\text{кгм} \cdot \text{хв}^{-1}$ , що на 20,0% переважає значення представниць з ендоморфним соматотипом, яке становить  $729,6 \pm 28,2$   $\text{кгм} \cdot \text{хв}^{-1}$  ( $p < 0,05$ ). Середня величина  $PWC_{170}$  абс. представниць ендомезоморфного соматотипу в 2,3 рази перевищує середнє значення представниць екоморфного соматотипу, яке становить  $381,1 \pm 17,3$   $\text{кгм} \cdot \text{хв}^{-1}$  ( $p < 0,01$ ). Виявлено також суттєву перевагу в 1,8 рази значення абсолютного показника  $PWC_{170}$  представниць ендомезоморфного соматотипу над середнім значенням представниць мезоекоморфного соматотипу  $483,4 \pm 20,6$   $\text{кгм} \cdot \text{хв}^{-1}$  і над значенням представниць збалансованого соматотипу (на 45,1%), яке становить  $604,24 \pm 26,88$   $\text{кгм} \cdot \text{хв}^{-1}$  ( $p < 0,05$ ). Середні значення  $PWC_{170}$  абс. представниць ендоморфного та збалансованого соматотипів також між собою вірогідно відрізняються (на 20,7%). Середні значення  $PWC_{170}$  абс. представниць мезоекоморфного та екоморфного соматотипів вірогідно відрізняються на 26,8% ( $p < 0,05$ ).

Дослідження фізичної працездатності за відносною величиною  $PWC_{170}$  засвідчило вірогідно нижчий рівень даного показника у представниць екоморфного соматотипу порівняно зі значеннями представниць інших соматотипних груп. У представниць ендомезоморфного соматотипу середнє значення  $PWC_{170}$  відн. ( $13,4 \pm 0,72$   $\text{кгм} \cdot \text{хв}^{-1} \cdot \text{кг}^{-1}$ ) перевищує середню величину дівчат ендоморфного соматотипу ( $11,4 \pm 0,63$   $\text{кгм} \cdot \text{хв}^{-1} \cdot \text{кг}^{-1}$ ) на 17,5% ( $p < 0,05$ ), збалансованого соматотипу ( $10,79 \pm 0,52$   $\text{кгм} \cdot \text{хв}^{-1} \cdot \text{кг}^{-1}$ ) на 24,2%. Середнє значення  $PWC_{170}$  відн. у представниць ендомезоморфного соматотипу, яке становить  $13,4 \pm 0,72 \pm 0,75$   $\text{кгм} \cdot \text{хв}^{-1} \cdot \text{кг}^{-1}$ , перевищує значення представниць мезоекоморфного соматотипу ( $9,6 \pm 0,58$   $\text{кгм} \cdot \text{хв}^{-1} \cdot \text{кг}^{-1}$ ) на 39,4% ( $p < 0,001$ ), представниць екоморфного соматотипу ( $7,9 \pm 0,8$   $\text{кгм} \cdot \text{хв}^{-1} \cdot \text{кг}^{-1}$ ) на 69,6%.

Аналіз результатів досліджень аеробної продуктивності за абсолютною величиною показника максимального споживання кисню у дівчат гірських та низинних районів свідчить про його вірогідну перевагу у представниць

ендомезоморфного соматотипу над значеннями представниць інших соматотипних груп. Так встановлено, що середнє значення абсолютного показника максимального споживання кисню представниць ендомезоморфного соматотипу гірських районів становить  $2539,3 \pm 82,7$  мл·хв<sup>-1</sup>, яке на 5,1% більше, ніж у представниць ендоморфного соматотипу ( $p < 0,05$ ), у яких величина даного показника становить  $2415,2 \pm 60,4$  мл·хв<sup>-1</sup>; на 8,1% більше, ніж у представниць збалансованого соматотипу ( $p < 0,05$ ), середнє значення яких становить  $2349,7 \pm 58,25$  мл·хв<sup>-1</sup>; та на 44,4% переважає значення представниць екоморфного соматотипу ( $p < 0,001$ ), яке становить  $1757,8 \pm 41,2$  мл·хв<sup>-1</sup>. Середні величини показника  $VO_{2 \max \text{ абс.}}$  дівчат гірських районів з мезоекоморфним соматотипом та перевагою екоморфії між собою вірогідно не відрізняються ( $p > 0,05$ ).

Середнє значення абсолютного показника максимального споживання кисню представниць ендомезоморфного соматотипу низинних районів становить  $2730,5 \pm 76,61$  мл·хв<sup>-1</sup>, що на 10,1% більше, ніж у представниць ендоморфного соматотипу ( $p < 0,05$ ), у яких величина даного показника становить  $2480,3 \pm 63,6$  мл·хв<sup>-1</sup>; на 20,5% більше, ніж у представниць збалансованого соматотипу ( $p < 0,05$ ), середнє значення яких становить  $2266,8 \pm 65,65$  мл·хв<sup>-1</sup>; та на 32,4% переважає значення представниць мезоекоморфного соматотипу ( $p < 0,001$ ), яке становить  $2061,8 \pm 56,3$  мл·хв<sup>-1</sup> і на 44,6% переважає значення представниць екоморфного соматотипу, яке становить  $1887,9 \pm 41,0$  мл·хв<sup>-1</sup>.

Особливості прояву аеробної продуктивності у представниць гірських та низинних районів різних соматотипів виявлено також при визначенні відносної величини максимального споживання кисню. Звертає на себе увагу те, що середні значення відносного показника максимального споживання кисню відповідають відмінному рівню аеробної продуктивності у всіх соматотипних групах. Найнижчі середні значення  $VO_{2 \max \text{ відн.}}$  спостерігаються у представниць гірських районів мезоекоморфного  $38,1 \pm 2,11$  мл·хв<sup>-1</sup>·кг<sup>-1</sup> та екоморфного  $39,3 \pm 1,97$  мл·хв<sup>-1</sup>·кг<sup>-1</sup> соматотипів і між собою вірогідно не відрізняються ( $p > 0,05$ ). Найвище середнє значення  $VO_{2 \max \text{ відн.}}$  мають представниці гірських районів ендомезоморфного соматотипу  $45,2 \pm 1,93$  мл·хв<sup>-1</sup>·кг<sup>-1</sup>. Середні величини показника  $VO_{2 \max \text{ відн.}}$  дівчат гірських районів з ендоморфним, ендомезоморфним та збалансованим соматотипом між собою вірогідно не відрізняються ( $p > 0,05$ ).

При аналізі середніх значень максимального споживання кисню у представниць низинних районів найнижчі значення спостерігаються у дівчат з ендоморфним соматотипом  $38,2 \pm 1,63$  мл·хв<sup>-1</sup>·кг<sup>-1</sup> та екоморфним соматотипом  $39,2 \pm 1,7$  мл·хв<sup>-1</sup>·кг<sup>-1</sup>, а найвищі у дівчат низинних районів з ендомезоморфним соматотипом  $41,8 \pm 1,81$  мл·хв<sup>-1</sup>·кг<sup>-1</sup>. Середні величини показника  $VO_{2 \max \text{ відн.}}$  дівчат низинних районів з різними соматотипами між собою вірогідно не відрізняються ( $p > 0,05$ ).

**Висновки.** Результати досліджень свідчать про те, що показники фізичної працездатності та аеробної продуктивності організму статистично значуще відрізняються у дівчат гірських та низинних районів 16-20 років з різним соматотипом.

Значення абсолютних показників фізичної працездатності та максимального споживання кисню виявилися вищими у дівчат низинних районів з ендомезоморфним соматотипом, що пояснюється наявністю жирового компоненту, який забезпечує енергією роботу м'язів, що сприяє кращому розвитку м'язової системи.

Величина відносного показника фізичної працездатності вірогідно нижча у дівчат з перевагою екоморфії порівняно зі значеннями цього показника у представниць інших соматотипів. У мешканок гірської місцевості незважаючи на те, що м'язевий компонент вище, ніж у дівчат-жителів низинних районів, працездатність та фізіологічні властивості цих м'язів гірші, адже відсутність жирового компоненту призводить до енергозабезпечення не за рахунок жиру, а тільки за рахунок вуглеводів.

Особливості аеробної продуктивності у дівчат з різними соматотипами характеризуються тим, що величина відносного показника максимального споживання кисню у представниць ендомезоморфного, ендоморфного та збалансованого соматотипів більша, ніж у представниць екоморфного та мезоекоморфного соматотипів. Середні значення показника  $VO_{2 \max \text{ відн.}}$  в усіх досліджених соматотипних групах значно перевищують «безпечний рівень здоров'я».

Високий рівень енергозабезпечення за рахунок високого відносного вмісту жиру обумовлює відмінний рівень фізичного здоров'я дівчат низинних районів Закарпаття.

#### Список використаної літератури

1. Андрійчук В.М. Порівняльна характеристика соматометричних параметрів тіла чоловіків першого зрілого періоду мешканців різних природно-географічних зон України / В.М. Андрійчук // *Biomedical and biosocial anthropology*. — Вінниця, 2009. — №3. — С. 111 — 114.
2. Апанасенко Г.Л. Проблемы управления здоровьем человека / Г.Л. Апанасенко // *Наука в олимпийском спорте: специальный выпуск*. — 1999. — С. 56 — 60.
3. Гунас І.В. Взаємозв'язки сонографічних параметрів нирок із антропо-соматометричними показниками здорових міських юнаків та дівчат Поділля з екоморфним соматотипом / І.В. Гунас, Ю.Г. Шевчук, Д.Б. Болюх // *Вісник морфології*. — 2010. — №2. — С. 437 — 441.
4. Карпман В.Л. Исследование физической работоспособности у спортсменов / В.Л. Карпман, З.Б. Белоцерковский, И.А. Гудков. — Москва: Физкультура и спорт, 1974. — 94 с.
5. Макарова Г.А. Спортивная медицина: учебник / Г.А. Макарова. — М.: Советский спорт, 2003. — 480 с.
6. Пярнат Я.П. Возрастно-половые стандарты (10-15 лет) аэробной способности человека: автореф. дис. на соискание науч. степени докт. мед. наук: спец. 03.00.13 «Физиология человека и животного» / Я.П. Пярнат. — М., 1983. — 44 с.

7. Сарафинюк Л.А. Особливості взаємозв'язків реографічних показників центральної гемодинаміки з конституційними характеристиками в юнаків із мезоморфним та екоморфним соматотипами / Л.А. Сарафинюк // Вісник морфології. – 2009. – Т. 15, № 2. – С 377–380.

8. Шапаренко П.Ф. Динаміка розвитку общих розмірів тела / П.Ф. Шапаренко // Принцип пропорциональності в соматогенезе. – Вінниця, 1994. – С. 29–36.

*Іваць А.Р., Романів О.П.*

### **Доступність медичної допомоги як актуальна проблема громадського здоров'я**

**ДВНЗ «УжНУ», факультет здоров'я та фізичного виховання**

**Вступ:** Доступ до медичної допомоги – це можливість отримання необхідної медичної допомоги своєчасно, повсюдно, в достатньому обсязі і на прийнятних умовах. В останні роки було проведено ряд реформ та внесено змін до чинного законодавства, метою яких було покращення якості медичної сфери в Україні. Однак, дуже складно дати однозначну оцінку ефективності проведених заходів. Для цього було проведено масштабні соціологічні опитування, базуючись на яких можна об'єктивно висвітлити стан медичної галузі та ставлення до неї пересічних громадян.

**Мета:** дослідити фактори та основні проблеми, що впливають на доступність медичної допомоги для громадян України, їх значення для громадського здоров'я.

**Матеріали та методи:** аналіз соціологічних досліджень, присвячених доступності та якості медичних послуг в Україні за 2017–2018 роки.

**Результати.** Доступ до медичної допомоги – це можливість отримання необхідної медичної допомоги своєчасно, повсюдно, в достатньому обсязі і на прийнятних умовах. Це наявність або відсутність фізичних, економічних чи культурних перешкод, з якими люди можуть зіткнутися при отриманні медичних послуг [1]. Поняття доступу до медичного обслуговування відображає ступінь, при якому кожна людина чи група людей має право на користування і фактично може скористуватися необхідними послугами у сфері охорони здоров'я [6].

За Д. Н. Солоненком доступність медичної допомоги – це допомога, яку пацієнти можуть одержати без подолання географічних і фінансових перешкод (доступ до послуг охорони здоров'я оцінюється часткою населення, яке може дістатися до відповідних закладів охорони здоров'я пішки, або користуючись місцевими транспортними засобами за час, що не перевищує годину); з іншого боку – це нормативно врегульована та організаційно забезпечена можливість надання своєчасної та кваліфікованої медичної допомоги, відповідно до спроможності відшкодування матеріальних витрат [1, 3].

В останні роки питання доступності лікування для Українців все частіше привертає до себе увагу та стає предметом соціологічних та економічних досліджень.

У 2017 році в Україні була запроваджена урядова програма реімбурсації – механізм повної або часткової оплати лікарських засобів що включені до деталізованого опису з бюджету. До переліку препаратів увійшли ліки від серцево-судинних захворювань, діабету II типу та бронхіальної астми. Пріоритетність надали лікуванню цих хвороб, оскільки саме вони найбільше впливають на показники смертності населення або суттєво знижують якість життя пацієнта та ефективно лікуються на амбулаторному рівні [4] Однак, ця програма не покриває повністю вартість препаратів, безкоштовно пацієнт може отримати тільки найдешевші ліки, за більш якісні та дорогі аналоги необхідно доплатити, держава компенсує тільки частину вартості [7].

Не дивлячись на запровадження програми «Доступні ліки», поза увагою залишилися сотні інших хвороб, які щороку призводять до інвалідизації та забирають життя сотень тисяч українців, адже в разі виникнення серйозного захворювання на пацієнтів лягає значний фінансовий тягар.

У 2017 році громадською організацією Пацієнти України було проведено соціологічне опитування метою якого було проаналізувати витрати українських родин на ліки, доступність лікування та ставлення пацієнтів до існуючої політики забезпечення медпрепаратами. За результатами опитування до головних проблем, пов'язаних з забезпеченням ліків в Україні респонденти віднесли:

- Висока вартість ліків – 94%.
- Низька ефективність та наявність підробок – 48%.
- Поліпрагмазія (лікар призначає занадто багато препаратів) – 28%.
- Відсутність ліків в аптеках – 17%.

До позичання грошей або продажу цінних речей задля покриття витрат на ліки місяця вдавалися 65% опитаних в індивідуальних інтерв'ю та 61% учасників фокус-групових досліджень. Пацієнтам з онкологічними захворюваннями і гепатитом та їхнім сім'ям доводилося шукати найбільші суми.

48,8% опитаних відмовлялися від лікування через дороговизну ліків, 50,4% відклали лікування через брак коштів. Зменшували кількість прописаних ліків або вживали лише частину з них з фінансових причин – 56,5% опитаних.

83% опитаних зазначили, що в період стаціонарного лікування їм не надавалися безкоштовні ліки і вони були змушені самостійно придбати необхідні препарати.

Майже всім респондентам доводилось економити на інших статтях бюджету (одяг, харчування, дозвілля та відпочинок), щоб придбати призначені ліки, оплачувати лікування з власних заощаджень, брати кредит на лікування, позичати гроші або просити про іншу матеріальну допомогу у друзів та родичів.

Кожен п'ятий опитаний вважає відсутність ліків в аптеках однією з основних проблем системи охорони здоров'я в Україні. Люди із регіонів та жителі сіл мають додатковий бар'єр у доступі до ліків: у невеликих селах аптеки часто відсутні. Пацієнтам доводиться їздити в районний центр або просити когось із родичів чи сусідів купити необхідне у місті. Також пацієнти намагаються комплектувати вміст своєї аптечки заздалегідь, аби не залишитися без ліків, проте через низькі прибутки їм не завжди це вдається зробити. Часто ліки не можна придбати й у великому місті (наприклад, обласному центрі). Це стосується насамперед рідкісних ліків або тих, що не зареєстровані в Україні. В такому разі пацієнти купують ліки через інтернет (неофіційні посередники) або привозять із сусідніх країн (самі чи просять зробити це родичів, знайомих). Таким чином, географічні перешкоди є ще однією значною проблемою на шляху до отримання якісного лікування.

Серед причин, чому пацієнти уникають звернень до лікаря, виділено наступні: 25% респондентів вважають вартість медичних послуг занадто високою. 26% воліють чекати, поки хвороба мине самостійно. 13% уникають звернень до медичних закладів через великі черги [2]

В червні 2018 року соціологічною групою «Рейтинг» було проведено опитування, участь в якому взяли 1200 респондентів, віком від 18 років. Метою опитування була оцінка медичної сфери за останні 2 роки.

44% опитаних зазначили, що за останні два роки загальна якість державних медичних послуг для країни погіршилася. 14% побачили покращення, 32% вважають, що у рівні якості державних медичних послуг нічого не змінилося, 10% не змогли відповісти. За останні півроку дещо збільшилася кількість тих, хто говорить про покращення у цій сфері.

Що стосується відшкодування вартості ліків для пацієнтів, дві третини опитаних підтримують запровадження системи розподілу витрат на лікування, коли певна частина оплачується державою, а іншу платить пацієнт, 25% – проти такої ініціативи. За співфінансування витрат за лікування частіше висловлювалися у західних та центральних регіонах, молодші та більш заможні респонденти. У свою чергу, серед тих, хто зазначив, що не проти такої системи фінансування витрат на медичні послуги, 33% зазначили, що готові потратити на це не більше 5% від загальної вартості, 26% – не більше 10%, 13% – не більше 20% і 14% готові оплатити чверть вартості лікування. Знову ж таки, чим молодші та чим більш заможні респонденти, тим частіше вони заявляли про готовність співфінансувати чверть витрат на лікування [5]

**Висновки:** основною проблемою доступності лікування в Україні є фінансові та географічні перешкоди для пацієнтів – через високу вартість ліків та відсутність потрібних препаратів в районах (а іноді і в цілій країні), пацієнти не можуть отримувати медичну допомогу належної якості. Не дивлячись на запровадження державної програми «Доступні ліки», багато пацієнтів досі не можуть дозволити собі повністю сплатити вартість медичних послуг. Особливо це стосується хворих з онкологічними патологіями та рідкісними захворюваннями, для яких не передбачені ліки в рамках державних закупівель. Загалом, більшість респондентів вважають, що якість медичних послуг в Україні значно погіршилась за останні 2 роки, не дивлячись на запроваджені реформи. Вищенаведені фактори є важливим індикатором рівня громадського здоров'я в сучасній Україні.

### **Використані джерела**

1. Англо-український словник-довідник термінів з фінансування та управління у сфері охорони здоров'я [авт. Н. Солоненко, В. Ананьєв, В. Рудий ; за ред. А. Малагардіса та Е. Ліннако]. – К., 2006. – 138 с. – Наукове видання.
2. (Без)коштовна медицина [Електронний ресурс]. – 2017. – Режим доступу до ресурсу: <http://patients.org.ua/wp-content/uploads/2017/03/free-medicine.pdf>.
3. Бондарева Л. В. Доступність медичної допомоги населенню: теоретичний аспект [Електронний ресурс] / Ліна Володимирівна Бондарева. – 2011. – Режим доступу до ресурсу: [http://irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis\\_nbuv/cgiirbis\\_64.exe?C21COM=2&I21DBN=UJRN&P21DBN=UJRN&IMAGE\\_FILE\\_DOWNLOAD=1&Image\\_file\\_name=PDF/apdyo\\_2011\\_3\\_5.pdf](http://irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?C21COM=2&I21DBN=UJRN&P21DBN=UJRN&IMAGE_FILE_DOWNLOAD=1&Image_file_name=PDF/apdyo_2011_3_5.pdf).
4. Доступні ліки: урядова програма реімбурсації – механізм повної або часткової оплати лікарських засобів, що включені до деталізованого опису з бюджету [Електронний ресурс] – Режим доступу до ресурсу: <http://liky.gov.ua>.
5. Оцінка медичної сфери в Україні: червень 2018 [Електронний ресурс]. – 2018. – Режим доступу до ресурсу: [http://ratinggroup.ua/research/ukraine/ocenka\\_medicinskoj\\_sfery\\_v\\_ukraine\\_ilyun\\_2018.html](http://ratinggroup.ua/research/ukraine/ocenka_medicinskoj_sfery_v_ukraine_ilyun_2018.html).
6. Положение о доступности медицинской помощи [Електронний ресурс] // Режим доступу : [http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nred=990\\_030](http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nred=990_030).
7. Урядова програма «Доступні ліки». Інформація для лікарів [Електронний ресурс]. – 2017.

*Іваць А.Р., Романів О.П.*

## **Соціально-психологічні чинники та фактори ризику суїцидів серед осіб молодого віку**

*ДВНЗ «УжНУ», факультет здоров'я та фізичного виховання*

**Вступ.** Серед проблем, пов'язаних зі збереженням здоров'я нації, увагу привертає питання про підлітковий та юнацький суїцид. Згідно даних ВООЗ щороку від самогубства помирає близько 800 тис. осіб, майже 170 тис. –



у європейському регіоні. Самогубство стоїть на другому місці серед причин смерті осіб віком 15–29 років. На кожен випадок завершеного суїциду припадає безліч невдалих спроб, в подальшому особи, які мають в анамнезі спробу самогубства опиняються в групі ризику. Самогубство притаманне не лише для розвинених країн з високим рівнем доходу, а й є глобальним явищем у всіх регіонах світу. Фактично, більше 78% світових самогубств сталося в країнах з низьким і середнім рівнем доходів в 2015 році [2].

**Мета роботи:** проаналізувати основні причини суїцидів серед осіб молодого віку; визначити фактори ризику, які приводять до спроб самогубства; виділити особливості поведінки осіб зі схильністю до самогубства.

**Матеріали та методи:** проведено аналіз статистичних даних та публікацій, присвячених тематиці суїцидальної поведінки у підлітків та юнаків.

**Результати.** Кожне самогубство – це трагедія, яка впливає на сім'ї, громади та цілі країни, тривалий час впливаючи на життя людей, яких воно торкнулося. Саморуйнівна (аутоагресивна) поведінка є актуальною морально-етичною та медико-соціальною проблемою. Проте в офіційну статистику самогубств потрапляють лише явні випадки суїциду, тому число реальних самогубств значно перевершує офіційні цифри. Причиною більшості так званих «смертей від нещасного випадку» (передозування лікарських препаратів, аварії на дорогах, падіння з висоти тощо) насправді є суїциди. Серед чотирьох різновидів суїцидів (егоїстичний, альтруїстичний, аномічний і фаталістичний) переважають аномічні самогубства, що є наслідками неспроможності особистості пристосуватися до швидкоплинних умов суспільства. Провідними для аутоагресивної поведінки є соціально-психологічні фактори ризику, але наявність психічного розладу у пацієнта значно збільшує ризик аутоагресивної налаштованості, що робить актуальною проблему оцінки суїцидального ризику та профілактики суїцидальної поведінки для лікарів-психіатрів, психотерапевтів і психологів [5]

До суїцидальної поведінки звичайно відносять завершені самогубства, суїцидальні спроби (або парасуїцид) і наміри. Суїцид (самогубство) – це свідомий акт самоусунення людини з життя під впливом гострих психотравмуючих ситуацій, за яких власне життя, як вища цінність, втрачає сенс. Іншими словами, суїцид є деструктивним способом подолання кризи, яку переживає людина [4] Суїцидальні дії у підлітків та осіб юнацького віку часто бувають імпульсивними, ситуативними і не плануються заздалегідь. Спроби суїциду є наслідком непродуктивної (захисної) адаптації до життя: спроба вирішити важку життєву ситуацію непридатними, неадекватними способами. Своєчасна психологічна допомога, підтримка, надані у важкій життєвій ситуації, допомогли б уникнути трагедій.

До соціально-психологічних факторів ризику розвитку суїцидальної поведінки у осіб молодого віку відносяться наступні:

- сімейна історія проблем із психічним здоров'ям;
- сімейна історія зловживання психоактивними речовинами;
- сімейна історія насильства;
- сімейна історія самогубства;
- почуття безнадії;
- почуття ізольованості або самотності;
- проблеми з законом;
- вплив алкоголю або наркотиків;
- наявність у підлітка дисциплінарних, соціальних проблем або труднощів у школі;
- проблема з вживанням психоактивних речовин;
- психічний розлад або психічне захворювання;
- замах на самогубство в минулому;
- схильність до необачної або імпульсивної поведінки;
- володіє зброєю;
- недостача сну;
- знати, ідентифікувати себе або бути пов'язаним з людиною, яка вчинила самогубство [1].

Поведінкові зміни, притаманні для людей з суїцидальними думками та схильностями:

- часті коливання настрою;
- ажитованість, тривожна або напружена поведінка;
- зміни звичок, режиму сну, апетиту;
- розмови про власну нікчемність, провину, сором;
- вживання більшої кількості алкоголю, ніж зазвичай, або початок вживання алкоголю особами, які раніше уникали

його;

- недбала або ризикована поведінка (безрозсудні та небезпечні вчинки);
- купівля засобів для здійснення самогубства (пігулки, зброя, отруйні речовини);
- схильність до усамітнення, уникання близьких людей;
- психомоторне збудження;
- висловлювання про прагнення «не обтяжувати» собою близьких;
- розмови про власну смерть та бажання померти;
- каяття та самокритика [1].

Значне число людей з суїцидальними ідеями приховують свої думки і почуття і не показують жодних ознак того, що щось не так. В освітніх установах необхідно організувати профілактичну і корекційну роботу щодо запобігання суїцидальних спроб серед учнів різних вікових груп, націлену на формування у школярів та студентів позитивної адаптації

до життя, як процесу свідомого побудови і досягнення людиною щодо стійких рівноваг відносин між собою, іншими людьми і світом в цілому. При оцінці ступеня суїцидального ризику спеціаліст повинен отримати відповіді на ряд важливих запитань, наприклад, яким способом людина має намір накласти на себе руки, чи знає вона летальні дози ліків і отруйних речовин і має доступ до вогнепальної зброї та хімічних препаратів. Ступінь суїцидального ризику залежить також від наявності середовищних ресурсів для втручання. Іншими словами, потрібно враховувати, наскільки велика ймовірність виявлення суїцидальних намірів близькими пацієнта, чи здатні вони перешкодити здійсненню самогубства і надати своєчасну і адекватну медичну допомогу в разі вчинення суїцидальної спроби [3].

Зусилля щодо запобігання самогубств вимагають координації і спільної роботи цілого ряду секторів суспільства, включаючи сектор охорони здоров'я, освіти, право, політика і ЗМІ. Такі зусилля повинні бути всеосяжними і комплексними, спрямованими на формування позитивної картини світу у молодих осіб, створення відчуття захищеності та підтримки.

#### **Висновки**

- Україна відноситься до країн із середнім рівнем суїцидальної активності. Загрозливими в плані прогнозу є темпи приросту рівня суїцидів у підгрупі населення віком до 15–29 років.
- В освітніх установах необхідно організувати профілактичну і корекційну роботу щодо запобігання суїцидальних спроб серед учнів різних вікових груп, націлену на формування у школярів та студентів позитивної адаптації до життя.
- Оцінка факторів ризику дозволяє визначити категорії людей, які є найбільш вразливими та схильними до аутодеструктивної поведінки.
- Поведінкові зміни часто носять неспецифічний характер, однак звертаючи на них увагу можна запобігти суїциду.
- Оцінка суїцидального ризику у конкретної проводиться спеціалістом, який на основі даних отриманих в ході бесіди робить висновок про ступінь сформованості намірів, наявні ресурси для вирішення проблеми та можливості ефективно використати ці ресурси на благо пацієнта.

#### **Список використаних джерел**

1. Christian N. What are suicidal thoughts? [Електронний ресурс] / Nordqvist Christian. – 2018. – Режим доступу : <https://www.medicalnewstoday.com/kc/suicidal-thoughts-ideation-193026>.
2. Suicide [Електронний ресурс]. – 2018. – Режим доступу : <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/suicide>.
3. Бек А. Когнитивная терапия депрессии / А. Бек, А. Раш, Б. Шо, Г. Эмери. – М., 2001. – 295 с.
4. Исаев Д. С. Психология суицидального поведения: метод. реком. / Д. С. Исаев, К. В. Шерстнёв. – Самара, 2000 – 27 с
5. Романів О. П. Суїцид: сучасні підходи до профілактики / О. П. Романів, О. О. Хаустова. // Ліки України. – 2013. – №1. – С. 89–94.

Кляп М.І., Гаяш О.В.

## **Актуальні питання розвитку спеціальної освіти в Закарпатті: реалії та перспективи**

**ДВНЗ «Ужгородський національний університет»**

**Вступ.** Відповідно до європейських та світових освітніх тенденцій Україна посилила увагу до проблем дітей із порушеннями психофізичного розвитку і тому здійснює цілеспрямовані кроки для створення максимально сприятливих умов для їх інтеграції та соціалізації. Особливістю сьогодення є реорганізація системи спеціальної освіти на демократичних і гуманістичних засадах, створення в країні альтернативних моделей психолого-педагогічної підтримки дітей з особливими освітніми потребами, вирішення питань реалізації їх права на вільний вибір форм навчання, рівня і діапазону освітніх потреб, розробка технологій корекційно-реабілітаційної роботи з цією категорією дітей.

Тому актуальним є розв'язання широкого спектру проблем спеціальної освіти як галузі педагогіки про сутність і закономірності освіти, навчання і виховання дітей з вадами психофізичного розвитку, про можливості корекції їх порушень для досягнення максимально можливого рівня особистого розвитку та готовності до самостійного життя. Серед основних завдань спеціальної педагогіки є розробка методичних та організаційних основ корекційного навчання і виховання дітей з особливими освітніми потребами.

**Мета** статті – здійснити аналіз актуальних проблем спеціальної освіти на сучасному етапі розвитку України, особливостях їх прояву в Закарпатті.

**Матеріали та методи.** Сучасним проблемам розвитку спеціальної освіти в Україні присвячені наукові дослідження В. Бондаря, В. Синьова, Д. Шульженко, А. Колупасової, С. Миронової, М. Шеремет, В. Липи, Т. Сак, О. Гаврилова та ін. У їх роботах акцентується увага на першочергових завданнях щодо розвитку цієї галузі освіти в Україні, зокрема впровадження інклюзивного навчання.

У дослідженні використано теоретичні методи аналізу, порівняння та узагальнення інформації з наукової літератури, матеріалів періодичних видань та інтернет-ресурсів, синтезу та моделювання при формулюванні результатів.

**Результати.** Сучасна спеціальна освіта досліджує актуальні напрями організації навчання і виховання дітей з особливостями психофізичного розвитку. Слід зауважити, що спеціальна педагогіка виходить за межі роботи з дітьми, які отримують корекційно-виховні впливи лише у спеціальних освітніх закладах. Вона займається питаннями роботи з дітьми

і дорослими з особливими потребами в умовах реабілітаційних центрів, масових освітніх і позаосвітніх закладів, сім'ї тощо [3; 9, с.35-61].

Нині відкриваються нові обрії у системі спеціальної освіти в Україні, пов'язані із урахуванням прогресивних світових тенденцій: змінюється ставлення до організації навчання і виховання дітей з особливостями психофізичного розвитку. Практика провідних країн Європи та світу підтверджує, що діти з особливостями можуть отримувати освіту не лише у спеціальних закритих освітніх закладах, а й у загальноосвітніх закладах з інтегрованим або інклюзивним навчанням. Відбувається розвиток безперервної корекційної освіти, тобто освіти упродовж життя, яка сприяє постійному поглибленню загальноосвітньої та фахової підготовки осіб із психофізичними порушеннями. Враховуючи те, що кількість дітей, які потребують спеціального та корекційного навчання в Україні постійно зростає (біля 12% від загальної кількості дітей у країні) [2, с. 75], вирішення сучасних проблем функціонування цієї галузі набуває державного значення.

З огляду на актуальні завдання, що розв'язує спеціальна педагогіка на сучасному етапі, до її основних проблем можна віднести:

1. Відсутність належних технологій ранньої диференціальної діагностики, обліку дітей з особливими потребами, системи консультативно-методичної та ранньої корекційно-реабілітаційної допомоги дітям та їх родинам [3].

Раннє діагностування та грамотна організація корекційної допомоги різко підвищує ймовірність досягнення дитиною норми рівня психічного розвитку, а, отже, рання корекційно-педагогічна робота сприятиме повній інтеграції в соціум [9, с.53]. Незважаючи на належну увагу за останній період з боку державних та місцевих органів влади до проблем осіб з вадами психофізичного розвитку в Україні, зокрема в Закарпатті, вкрай мало установ, що можуть надавати ранню діагностично-корекційну допомогу. В місті Ужгород з 1999 року успішно працює Медико-соціальний реабілітаційний центр «Дорога життя» міського товариства інвалідів праці та дитинства «Оптиміст», який займається комплексною реабілітацією дітей та молоді з обмеженими можливостями, здійснює соціальний захист прав та інтересів пацієнтів і їх сімей. Вікова категорія осіб, що обслуговуються в Центрі від 0 до 35 років. Сьогодні у закладі працює 5 груп для дітей з особливими потребами. Із січня 2006 року відкрито відділення раннього втручання. В умовах припинення в області функціонування психолого-медико-педагогічних консультацій відповідно до Постанови Кабінету Міністрів України від 12 липня 2017 року № 545 це відділення донедавна було фактично єдиною установою в області (крім медичних закладів), де проводилася певна діагностика та визначалася програма корекційної допомоги дітям переддошкільного та молодшого дошкільного віку. Зараз до цієї роботи все більше долучаються новостворені інклюзивно-ресурсні центри в районах області.

Центр покликаний надавати можливість дітям і молоді з психофізичними вадами розвивати та реалізовувати свої можливості, повністю або частково інтегруватися в суспільне життя. Також Центр проводить значну роботу із сім'ями пацієнтів установи. Розуміючи, що любов та підтримка батьків є обов'язковою умовою повноцінної корекції дитини, МСРЦ «Дорога життя» допомагає батькам усвідомити проблеми своєї дитини та стати активним учасником навчально-корекційного процесу. На сьогодні у різних програмах Центру задіяно до 260 дітей та молодих людей, тобто «Дорога життя» охоплює своєю діяльністю практично всіх дітей з інвалідністю, що проживають в Ужгороді. Крім того, на базі цієї установи проходять курсову реабілітацію діти, що проживають в інших містах області [4].

В області наявні ряд закладів, в яких надаються певні корекційні послуги дітям дошкільного віку з порушеннями психофізичного розвитку. Так у місті Хуст функціонує Навчально-реабілітаційний центр Хустської районної державної адміністрації, на базі якого працюють спеціальні дошкільні групи для дітей з порушеннями опорно-рухового апарату та розумовими відхиленнями. Однак, кількість дітей, що можуть там отримати корекційно-реабілітаційні послуги дуже обмежена. Працює також у Мукачівському районі спеціальна дошкільна група для дітей з порушеннями розумового розвитку й у Чинадіївському ДНЗ (дитбудинку) інтернатного типу для дітей дошкільного та шкільного віку Закарпатської обласної ради, але там виховуються тільки діти-сироти та діти, позбавлені батьківського піклування.

Працює ряд спеціальних дошкільних груп у окремих дитячих садках області. Так у місті Ужгород у ДНЗ №№ 2, 20 та 39 є групи для дітей з порушеннями опорно-рухового апарату, з вадами зору та логопедичні групи. Зараз існує проблема із зарахуванням дітей у такі групи, оскільки розформована ПМПК вже не видає документів, необхідних для зарахування у такі групи відповідно до чинного законодавства, а інклюзивно-ресурсні центри, які могли б визначати програму корекції, ще не всюди завершили процес свого створення та започаткування роботи.

Таким чином, можливості для ранньої діагностики та здійснення корекційної допомоги дітям з особливими потребами переддошкільного та дошкільного віку в області явно недостатньо. Ситуація покращиться із початком роботи інклюзивно-ресурсних центрів у всіх адміністративних одиницях Закарпаття.

2. Відсутність повного охоплення дітей з особливими освітніми потребами спеціальним навчанням, недостатність кадрів з відповідною дефектологічною освітою для реалізації корекційного навчання.

Існуюча мережа спеціальних закладів не може забезпечити кожну дитину відповідною їй дефекту корекційно-педагогічною, медичною, психологічною та соціальною допомогою. Багато дітей навчаються у спеціальних загальноосвітніх навчальних закладах, де умови роботи не відповідають особливостям їх психофізичного розвитку, або не навчаються взагалі (це діти з аутизмом, із комплексними порушеннями).

У 2016/2017 навчальному році в Закарпатській області продовжували функціонувати вісім спеціальних загальноосвітніх шкіл-інтернатів, у тому числі п'ять шкіл для навчання розумово відсталих дітей, та один навчально-реабілітаційний центр. Серед цих закладів один – для сліпих дітей та із зниженим зором, два – для глухих та зі зниженим слухом. Для сприяння соціалізації дітей, які навчаються у спеціальних школах-інтернатах, з вересня 2016 року ці навчальні заклади переведено на п'ятиденний навчальний тиждень. Це дало можливість забезпечити перебування більшості учнів у вихідні та святкові дні в колі сім'ї. У зв'язку з реалізацією тенденції до здійснення навчання дітей з особливими освітніми

потребами у загальноосвітніх школах за місцем проживання кількість дітей у цих закладах постійно знижується: у 2014 році у спецшколах навчалася 763 учні, а у 2016 році – 657 [6, с.22].

Гострою залишається проблема забезпечення спеціальних навчальних закладів дефектологічними кадрами, реабілітологами, спеціальними психологами тощо. За даними департаменту освіти і науки Закарпатської ОДА у 2014 році у 8 спеціальних загальноосвітніх школах працювали 364 педагоги, з яких 103 (28%) мали вищу фахову (дефектологічну) освіту, а у спеціальних школах для дітей з розумовою відсталістю цей показник був ще нижчим – 41 педагог (20%) із загальної кількості 204 вчителів. У 2017/2018 навчальному році у зв'язку із зменшенням контингенту учнів спеціальних шкіл та відповідним зменшенням педагогічних колективів, наявності можливості отримати вищу фахову освіту (олігофренопедагог, логопед) у ДВНЗ «Ужгородський національний університет» відсоток педагогів спецшкіл з належною вищою освітою дещо зріс. У всіх спеціальних загальноосвітніх закладах цей показник становить 36% (118 вчителів із 331), а у закладах для дітей з розумовою відсталістю – 24% (41 педагог із 171).

Подальша тенденція до зменшення кількості учнів спеціальних шкіл у зв'язку з розвитком інклюзивного навчання актуалізує питання про проведення оптимізації мережі спеціальних загальноосвітніх шкіл області. Особливо ця проблема буде нагальною для п'яти шкіл для дітей з розумовою відсталістю, окремі з них можуть бути реорганізовані у навчально-реабілітаційні центри або слугувати базою для утворення інклюзивно-ресурсних центрів у районах області.

3. Відсутність зацікавленості та мотивації адміністрації загальноосвітніх навчальних закладів до впровадження інноваційних форм навчання дітей з особливими освітніми потребами (зокрема інклюзивного навчання).

Сьогодні інклюзивне навчання дітей з особливими освітніми потребами заслуговує на особливу увагу. Адже інклюзивне навчання – це спільне навчання і виховання дітей з особливими освітніми потребами зі здоровими однолітками в умовах масового загальноосвітнього закладу за місцем проживання [1, с.11; 9, с. 42].

Започаткування інклюзивного навчання припадає в області на 2009/2010 навчальний рік, коли вперше в Закарпатті відкрилися класи для спільного навчання дітей із особливими освітніми потребами разом із здоровими ровесниками, тоді інклюзивним навчанням було охоплено 36 учнів. Уже в наступному навчальному році кількість особливих учнів інклюзивних класів зросла до 270 [7, с.41]. Ця інформація, на нашу думку, виглядає дещо невідповідною у порівнянні з кількістю учнів інклюзивних класів станом на 2016/2017 навчальний рік (151 дитина) [6, с.22].

Для розширення мережі інклюзивних та спеціальних класів масових загальноосвітніх навчальних закладів органами управління освітою в області у вересні 2016 року було прийнято рішення про введення мораторію на направлення нових учнів до спеціальних шкіл-інтернатів для дітей з порушеннями розумового розвитку [6, с.22]. На нашу думку, такий крок не є повністю правильним, оскільки інклюзивне навчання найбільш прийнятне дітям, що мають затримку психічного розвитку та легку ступінь розумової відсталості. Інклюзія може бути ефективною для тих дітей, рівень яких відповідає рівню психофізіологічного та мовного розвитку або наблизений до вікової норми здорових дітей [9, с.53]. Діти, що мають помірну ступінь розумової відсталості і яким рекомендовано навчання за програмами навчальних закладів для розумово відсталих дітей, за рішенням батьків мали б мати право навчатися у спеціальній школі.

Уведений мораторій на направлення до спеціальних шкіл-інтернатів нових учнів дав можливість у 2016/2017 навчальному році розширити мережу інклюзивних класів у масових загальноосвітніх школах. Їх кількість зросла до 130, вони діють у 82 навчальних закладах області. У цих класах навчалася 151 дитина з особливими потребами, що на 43 учні більше, ніж у попередньому навчальному році. Інклюзивні класи функціонували у містах Ужгород, Мукачево, Берегово, Чоп, у 10 з 18 районів області [6, с.22].

Серед актуальних питань інклюзивної освіти є створення відповідної бази для корекційного блоку навчання дітей з особливими освітніми потребами у звичайній загальноосвітній школі: наявність відповідних програм, підручників, спеціального обладнання, дидактичних матеріалів для дітей з різною категорією порушень; надання діагностичних, консультативних послуг спеціальними фахівцями [9, с. 47-48]. Кваліфіковану педагогічну допомогу може надати лише спеціально підготовлений педагог-дефектолог, оскільки для успішної діяльності в системі спеціальної освіти далеко недостатньо традиційної педагогічної підготовки. Проблема у тому, що законодавством не передбачена діяльність «команди фахівців» в умовах загальноосвітнього закладу, тим більше, штатний розклад не забезпечує класи додатковими штатними одиницями корекційного педагога, спеціального психолога, реабілітолога, особливо у сільській школі [1, с. 12].

З метою покращення ситуації щодо організації інклюзивного навчання в школах області в навчальні програми курсів підвищення кваліфікації вихователів, вчителів, психологів та соціальних педагогів Закарпатського інституту післядипломної педагогічної освіти включено теми щодо особливостей навчання, виховання дітей з особливими освітніми потребами, у тому числі із синдромом Дауна та розладами спектру аутизму, проводяться курси для асистентів вчителів класів з інклюзивним навчанням [6, с.23]. Попри велику роботу, яка проводиться в області щодо збільшення кількості інклюзивних класів та налагодження навчання дітей з особливими освітніми потребами у колі здорових однолітків за місцем проживання, ефективність та результативність такого навчання потребує подальшого дослідження. Вивчати необхідно шляхи включення дітей із психофізичними вадами в класний колектив, виховання толерантного ставлення здорових дітей та їх батьків до однокласників з певними порушеннями, вплив спільного навчання на рівень навчальних досягнень учнів класу, методи і прийоми роботи вчителів загальноосвітніх шкіл в інклюзивних класах тощо.

Крім інклюзивних класів в області у 2016\2017 навчальному році діяло 20 спеціальних класів, у яких навчалася 131 дитина, що потребує корекції психофізичного розвитку. У порівнянні з попереднім навчальним роком кількість таких класів зросло на 7, а учнів у них на 38. Спеціальні класи діяли у містах Ужгород і Чоп та у 5 районах області. Однак, викликає занепокоєння зростання на 81 особу у порівнянні попереднім навчальним роком кількості учнів, що потребують корекції психофізичного розвитку і навчаються за індивідуальною формою [6, с.22]. Однією з причин такої ситуації, на нашу думку, і може бути уведений мораторій на направлення нових учнів до спеціальних шкіл. Збільшення числа учнів з особливими

освітніми потребами, що навчаються індивідуально, не сприяє їх соціалізації, а також приводить до збільшення бюджетних витрат на їх освіту.

4. Розширення функцій спеціальних шкіл (шкіл-інтернатів), які б могли стати консультативно-методичними центрами з корекційно-розвивальної роботи у своїх територіальних округах (тобто надавали консультативну допомогу вчителям, вихователям дошкільних та загальноосвітніх навчальних закладів із інклюзивним та інтегрованим навчанням).

Нещодавно Закарпаття стало одинадцятим учасником проекту Благодійного Фонду Порошенка «Інклюзивна освіта – рівень свідомості нації». У рамках цього проекту 14 лютого поточного року в Ужгороді відкрито перший у краї інклюзивно-ресурсний центр. Ця установа відповідає сучасним вимогам для проведення комплексної психолого-педагогічної оцінки розвитку дитини, наданню їй належної корекційно-педагогічної допомоги. Кваліфіковані фахівці забезпечать системний супровід дітей з особливими потребами від 2 до 18 років [8].

**Висновки.** Вирішення окреслених проблем сучасної спеціальної освіти потребує часу, повсякденної напруженої роботи, скоординованості роботи різних міністерств, відомств та інституцій громадського суспільства в кадровому, інформаційному, науково-методичному, організаційному забезпеченні роботи з дітьми з особливими потребами, починаючи з раннього дитинства, у дошкільному, шкільному віці та після закінчення школи. Успішне розв'язання хоча б частини з них дозволить забезпечити можливість всім категоріям дітей з особливими освітніми потребами здобувати бажаний рівень підготовки, маючи при цьому альтернативний вибір форми навчання і типу навчального закладу відповідно до своїх потреб.

У Закарпатській області проводиться послідовна робота щодо розширення мережі інклюзивних класів, збільшення учнів з особливими освітніми потребами, що здобувають освіту разом із здоровими ровесниками у масових загальноосвітніх школах. Однак потрібно активізувати роботу в питаннях покращення матеріально-технічного забезпечення закладів з інклюзивним та інтегрованим навчанням, удосконалення змісту, форм і методів роботи педагогів таких шкіл, формування команди фахівців для психолого-педагогічного супроводу інклюзивного навчання.

### Список використаної літератури

1. Колупаєва А. Стратегічні напрями сучасної освітньої політики України / А. Колупаєва // Дитина із сенсорними порушеннями: розвиток, навчання, виховання : зб. наук. праць / за ред. С. В. Литовченко, І. М. Гудим. – К.: О.Т.Ростунов, 2011. – Вип. 2. – С. 7–13.
2. Липа В. До питання про загальний стан державної підтримки дітей з особливими потребами на Україні / В. Липа, О. Гаврилов // Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. Серія: соціальна педагогіка. Частина 1 / за ред. О. В. Гаврилова, В.І. Співака. – Кам'янець-Подільський : Медобори – 2006, 2011. – Вип. 17. – С. 73–83.
3. Малишевська І.А. Актуальні проблеми сучасної корекційної педагогіки. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://dspace.udpu.org.ua:8080/jspui/.../1/Aktualni%20problemy%20suchasnoi%20KP.pdf>.
4. Медико-соціальний реабілітаційний центр «Дорога життя» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://cf-social.org.ua/regions/zakarpatska/item/mediko-soc%D1%96alnij-reab%D1%96%D1%96tac%D1%96nij-centr-doroga-zhittya>.
5. Миронова С. П. Основи корекційної педагогіки : навчально-методичний посібник / С. П. Миронова, О. В. Гаврилов, М. П. Матвєєва ; [за заг. ред. С.П.Миронової]. – Кам'янець-Подільський: Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка, 2010. – 264 с.
6. Освіта Закарпаття у цифрах і фактах. 2016-2017 навчальний рік: Інформаційно-аналітичний збірник. – Ужгород: КП «Ужгородська міська друкарня», 2017. – 144 с.
7. Освіта Закарпаття в цифрах і фактах. 2010-2011 навчальний рік: Інформаційно-аналітичний збірник. – Ужгород: КП «Ужгородська міська друкарня», 2011. – 192 с.
8. «Піклуючись про наших дітей, ми дбаємо про наше майбутнє» – вважає Марина Порошенко. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://deponms.carpathia.gov.ua/main/1601-.html>.
9. Шульженко Д.І. Освітньо-педагогічна інтеграція (інклюзія) дітей із аутизмом: монографія / Д.І. Шульженко. – Київ: НПУ імені М.П. Драгоманова, вид-во Хортицької національної академії, 2017. – 444 с.

*Левенець Н.Г.*

## Терміни та їх значення в сфері громадського здоров'я

### ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

*«Уточнюйте значення слів і ви звільните людство від половини його помилок».*

*Рене Декарт*

Проблема єдності термінології, що використовується в галузі охорони здоров'я, набула в останні роки особливого значення.

У джерелах наукової медичної інформації, які видаються з даної проблеми в Україні та за кордоном зустрічаються різні варіанти тлумачення однакових термінів, що призводить до термінологічної плутанини, ускладнює працю науковців та практичних лікарів, а також установ, які використовують у своїй роботі цю термінологію.

Пропонується термінологія, яка використовується у численних звітах, підготовлених робочими групами Євробюро Всесвітньої організації охорони здоров'я та в нормативно-правових актах України.

Алкоголізм – термін для визначення хронічного постійного чи періодичного вживання алкоголю, яке характеризується погіршенням контролю над випивкою, частими епізодами інтоксикації та споживанням алкоголю, незважаючи на побічні наслідки.

Баланс здоров'я – стан рівноваги між потенціалом здоров'я і чинниками, що на нього діють.

Безпечне материнство – забезпечення здоров'я матері, утому числі фізичних, психічних та соціальних факторів благополуччя вагітної жінки до пологів, під час них та у післяпологовий період, і дитини для її гармонійного розвитку.

Безпечний рівень здоров'я – мінімальний рівень потенціалу здоров'я, при якому відсутні ознаки хронічних захворювань і ендogenous фактори ризику їх виникнення.

Безпечні умови для людини – стан середовища життєдіяльності, при якому відсутня небезпека шкідливого впливу його факторів на людину.

Благополучна епідемічна ситуація – інфекційні хвороби не реєструються або реєструються їх поодинокі випадки, відсутні сприятливі умови для поширення цих хвороб.

Валеологія – наукова дисципліна, основою якої є теорія і практика формування, збереження і зміцнення здоров'я людини.

Вимоги безпеки для здоров'я і життя людини – розроблені на основі медичної науки критерії, показники, гранично допустимі межі, санітарно-епідеміологічні нормативи, правила, норми, регламенти тощо (медичні вимоги щодо безпеки для здоров'я і життя людини), розроблення, обґрунтування, контроль і нагляд за якими належить виключно до медичної професійної компетенції.

Гарантування якості медичної допомоги – забезпечення кожному хворому такого комплексу медичної допомоги, який повинен зумовити оптимальні для здоров'я цього пацієнта результати відповідно до рівня медичної науки і техніки і таких біологічних факторів як вік, важкість основного захворювання, характер супутньої патології, реакція на обраний метод лікування.

Гігієнічне виховання – один з напрямків підтримки здоров'я, що представляє собою комплексну просвітницьку, навчальну та власне виховну діяльність, спрямовану на формування гігієнічної культури, здорового способу життя індивідів, груп осіб, населення.

Громадське здоров'я – здоров'я населення, обумовлене комплексним впливом соціально-економічних і біологічних детермінант, яке оцінюється демографічними показниками, характеристиками фізичного розвитку, захворюваності та інвалідності.

Група ризику – група людей, які через свій біологічний, соціальний статус, поведінку чи умови навколишнього середовища більш схильні до виникнення хвороб чи порушень здоров'я порівняно з рештою населення.

Державні соціальні гарантії – мінімальні розміри оплати праці, доходів громадян, пенсійного забезпечення, соціальної допомоги, інших видів соціальних виплат, які встановлені відповідними законами та іншими нормативно-правовими актами і забезпечують рівень життя не нижчий від прожиткового мінімуму.

Державні соціальні стандарти – соціальні норми і нормативи або їх комплекс, встановлені законами, іншими нормативно-правовими актами, на базі яких визначаються рівні основних державних соціальних гарантій.

Експертна оцінка – установлення ступеня відхилення від: 1) загальноствановленого стандарту (нормативу) медичної послуги; 2) сформованих середньостатистичних параметрів; 3) адміністративно встановлених критеріїв, якими опосередковано характеризується праця медичного працівника.

Ендемія – постійна наявність в даній місцевості захворювання людей певною хворобою, яка обумовлена соціальними і природними умовами.

Епідеміологічне обстеження вогнища – комплекс методів, які використовуються з метою виявлення джерела збудників інфекції, факторів і шляхів її поширення та проведення відповідних заходів для ліквідації вогнища.

Епідеміологічний нагляд – сучасна форма організації протиепідемічної роботи, спрямована на систематичне стеження за розвитком епідемічного процесу у зв'язку з соціальними та природними умовами на конкретній території з метою обґрунтування проведення відповідних профілактичних та протиепідемічних заходів.

Епідеміологія інфекційних хвороб – наука про закономірності епідемічного процесу і розробку на цій основі заходів з метою попередження інфекційних хвороб, зниження показників захворюваності та ліквідації окремих інфекцій.

Епідеміологія, як загальна медична наука – наука, яка вивчає причини та умови захворюваності населення шляхом аналізу особливостей її розподілу по території, серед різних груп населення і в часі та використовує ці дані для розробки заходів профілактики захворювань.

Епідемічна ситуація – показник епідемічного благополуччя території (об'єкта) у певний час, що характеризується рівнем і динамікою захворювання людей на інфекційні хвороби, наявністю або відсутністю відповідних факторів передачі інфекції та іншими обставинами, що впливають на поширення інфекційних хвороб.

Епідемія – масове поширення інфекційної хвороби серед населення відповідної території за короткий проміжок часу.

Європейська мережа шкіл сприяння здоров'ю – школи, в яких впроваджені програми формування здорового способу життя у всього контингенту учнів і вчителів шляхом створення сприятливого для зміцнення здоров'я оточуючого середовища.

Життєві навички – особисті, соціальні, пізнавальні, фізичні вміння і навички, завдяки яким люди контролюють і спрямовують своє життя, а також розвивають здібності, що дозволяють їм змінювати навколишнє середовище і самим адаптуватися до його змін.

Здоровий спосіб життя – поведінка людей, яка формується на основі науково обгрунтованих валеологічних і санітарно-гігієнічних рекомендацій, спрямованих на збереження та зміцнення здоров'я, забезпечення високого рівня працездатності, досягнення активного довголіття, формування валеологічного світогляду.

Здорові – особи, що не хворіли впродовж року або рідко зверталися до лікаря без втрати працездатності.

Здоров'я для всіх (ЗДВ) – право людей в усіх країнах на такий рівень здоров'я, який дозволяє їм вести активне виробниче і соціальне життя.

Здоров'я індивідуальне – стан повного фізичного, психічного, соціального благополуччя, а не лише відсутність хвороб і фізичних дефектів.

Здоров'я психічне – стан, що характеризується динамічним процесом психічної діяльності, якому притаманні детермінованість психічних явищ, гармонійний взаємозв'язок між і враженням обставин дійсності та відношенням індивіда до неї, адекватність

Здоров'я сексуальне – здатність до сексуальних відносин і до реалізації репродуктивної функції організму.

Здоров'я фізичне – стан, який характеризується рівнем фізичного розвитку, фізичних можливостей і адаптаційних здібностей окремих індивідів, груп людей і суспільства в цілому, що забезпечує досягнення якості життя, благополуччя суспільства та збереження і зміцнення громадського здоров'я.

Зміцнення здоров'я – синонім формування здорового способу життя – сукупність заходів з надання окремим людям і спільнотам можливостей підвищення рівня здоров'я та контролю за факторами, що визначають здоров'я.

«Золотий стандарт» (еталонний метод) – стандарти та норми обслуговування, що відповідають сучасному рівню розвитку медицини та організації діяльності провідних закладів охорони здоров'я.

Імунопрофілактика – захист організму від інфекційної хвороби, заснований на проведенні профілактичних щеплень вакцинами – активна імунізація, а також введенні імунних сироваток (гамма-глобулінів) – пасивна імунізація.

Інвестиції в здоров'я – ресурси, цільове призначення яких пов'язане із забезпеченням і покращанням здоров'я. Такі капіталовкладення можуть забезпечуватись як державними, так і приватними установами та організаціями, а також населенням, у тогочасні числі окремими особами чи групами осіб.

Карантин – адміністративні та медико-санітарні заходи, що застосовуються для запобігання поширенню особливо небезпечних інфекційних хвороб.

Карантинні інфекції – інфекції (чума, холера, жовта гарячка), стосовно яких діють Міжнародні санітарні правила забезпечення протиепідемічного захисту кордонів держав шляхом попередження вносу цих інфекцій із країн, де вони є, та заносу їх в інші країни.

Компоненти якості медичних послуг – адекватність, економічність, науково-технічний рівень.

Контактні особи – особи, які перебували у контакті з джерелом інфекції, внаслідок чого вони вважаються зараженими інфекційною хворобою.

Лікувально-профілактична допомога – комплекс спеціальних медичних заходів, спрямованих на профілактику і діагностику хвороб, лікування осіб з гострими та хронічними захворюваннями, лікування та реабілітацію хворих та інвалідів з метою подовження їх активного життя.

Лікування – сукупність медичних заходів, спрямованих на зміну перебігу хвороби з метою поліпшення стану здоров'я і працездатності людини.

Медико-санітарна просвіта – система підготовки і навчання населення з метою сприяння позитивним змінам в стереотипах поведінки щодо захисту, збереження та зміцнення здоров'я.

Медична діяльність – професійна діяльність з метою реалізації завдань охорони здоров'я, у тому числі надання медико-санітарної допомоги, яка здійснюється відповідними юридичними та фізичними особами.

Медична допомога – вид діяльності, який включає комплекс заходів, спрямованих на оздоровлення та лікування пацієнтів у стані, що на моменти надання загрожує життю, здоров'ю і працездатності, та проводиться професійно підготовленими працівниками, які мають на це право відповідно до законодавства.

Медична послуга – вид діяльності, який включає захід або комплекс заходів, що виходить за межі медичної допомоги та надається на платних засадах за бажанням фізичної особи або на замовлення юридичної особи.

Медична реабілітація – процес, спрямований на відновлення порушених внаслідок хвороби чи травми функцій організму.

Мережа «Здорові регіони» – мережа регіонів, створена з ініціативи Європейського регіонального бюро ВООЗ для вирішення проблем популяційного здоров'я шляхом впровадження стратегій ВООЗ «Здоров'я для всіх» через соціальні (політичні) рішення регіональних органів влади на подолання таких питань, як оздоровлення навколишнього середовища, створення передумов для здорового способу життя в регіонах та ін.

Міжнародні санітарні правила – єдині санітарно-адміністративні і медико-санітарні правила, розроблені Всесвітньою організацією охорони здоров'я з метою проведення протиепідемічних заходів щодо захисту від карантинних інфекцій в морських портах, аеропортах, на залізничних та автомобільних дорогах.

Міжсекторальна взаємодія – співробітництво сектору охорони здоров'я та інших державних секторів для досягнення загальної мети при погодженні внеску різних секторів.

Міста здоров'я – міста, довгострокові програми розвитку яких передбачають апробацію нових методів зміцнення здоров'я і покращання якості навколишнього середовища на місцевому рівні.

Наркоманія – хворобливий психологічний стан, який характеризується постійною потребою у наркотичних лікарських препаратах чи наркотичних речовинах внаслідок стійкої психічної і фізичної залежності від них та розвитком абстиненції при припиненні їхнього прийому.

Небезпечні інфекційні хвороби – інфекційні хвороби, що характеризуються важкими та (або) стійкими розладами здоров'я в окремих хворих і становлять небезпеку для їх життя та здоров'я.

Неблагополучна епідемічна ситуація – рівень захворювання людей на інфекційні хвороби перевищує середні багаторічні показники, реєструються спалахи інфекційних хвороб.

Невідкладна медична допомога – екстрена медична допомога, яка цілодобово надається вдома працівниками спеціальних підрозділів поліклініки (відділень, пунктів) при раптових гострих захворюваннях та невідкладних станах.

Нестійка епідемічна ситуація – рівень захворювання людей на інфекційні хвороби не перевищує середні багаторічні показники, проте є сприятливі умови для поширення цих хвороб.

Обмежувальні протиепідемічні заходи – медико-санітарні та адміністративні заходи, що здійснюються в межах осередку інфекційної хвороби з метою запобігання її поширенню.

Оздоровлення – комплекс заходів медичного, гігієнічного, виховного, фізкультурного характеру, спрямованих на поліпшення умов побуту, харчування, навчання, праці та відпочинку з метою зниження захворюваності, підвищення працездатності, зміцнення стану фізичного і психічного здоров'я як окремого індивіда, так і різних груп населення.

Особливо небезпечні інфекційні хвороби – інфекційні хвороби (у тому числі карантинні: чума, холера, жовта гарячка), що характеризуються важкими та (або) стійкими розладами здоров'я у значній кількості хворих, високим рівнем смертності, швидким поширенням цих хвороб серед населення.

Охорона громадського здоров'я – заходи з профілактики хвороб, зміцнення фізичного і психічного здоров'я, подовження життя шляхом цілеспрямованої діяльності всього суспільства.

Охорона дитинства – система державних та громадських заходів, спрямованих на забезпечення повноцінного життя, всебічне виховання і розвиток дитини та захист її прав.

Охорона материнства та дитинства – комплекс державних і громадських заходів, спрямованих на зміцнення здоров'я жінок і дітей та покращання демографічної ситуації, на забезпечення здорового всебічного розвитку дітей та молоді.

Охорона репродуктивного здоров'я – сукупність методів, прийомів і послуг, які впливають на репродуктивне здоров'я та благополуччя шляхом попередження та вирішення проблем, що стосуються покращання умов життя і особистих стосунків.

Пандемія – надзвичайно високий рівень розповсюдження інфекційної хвороби серед населення з охопленням країн, континентів і навіть всієї земної кулі.

Персистенція збудника – стан збудника, коли він перебуває в організмі, але не здатний викликати захворювання і перелаятися від людини до людини.

Поліпшення здоров'я – позитивні зміни показників здоров'я індивідуума чи населення, включаючи тривалість і якість життя.

Політика досягнення здоров'я для всіх – політика розвитку охорони здоров'я, заснована на концепції і цінностях досягнення здоров'я для всіх.

Політика охорони здоров'я – сукупність прийнятих рішень чи взятих зобов'язань з проведення певного курсу дій, орієнтованого на реалізацію конкретних цілей і завдань щодо зміцнення здоров'я.

Порушення здоров'я – хронічний або тимчасовий стан, який призводить до появи патологічних змін у функціях чи анатомічній структурі організму.

Поточні дезінфекційні заходи – заходи, що систематично проводяться у закладах охорони здоров'я, на об'єктах громадського харчування та на підприємствах харчової промисловості, у приміщеннях масового перебування людей (підприємства побутового обслуговування населення, навчальні та культурно-освітні заклади тощо), а також у житлових приміщеннях під час перебування в них інфекційних хворих чи бактеріоносіїв.

Права пацієнта – специфічні права, похідні від загальних громадських, політичних, економічних, соціальних та культурних прав людини, які реалізуються при отриманні медичної допомоги та пов'язаних із нею послуг або у зв'язку з будь-яким медичним впливом по відношенню до громадян.

Право громадян на інформацію про стан здоров'я – право на отримання громадянином у доступній формі інформації про стан здоров'я, включаючи відомості про результат обстеження, наявність захворювання, його діагноз та прогноз, методи лікування, пов'язаний з ним ризик, можливі варіанти медичного втручання, наслідки і результати проведеного лікування.

Право громадян на охорону здоров'я – право громадян, яке забезпечується охороною навколишнього природного середовища, створенням сприятливих умов праці, побуту, відпочинку, виховання та навчання громадян, виробництвом та реалізацією доброякісних продуктів харчування, а також наданням населенню доступної медико-соціальної допомоги. Держава забезпечує громадянам охорону здоров'я незалежно від статі, раси, національності, мови, соціального походження, службового стану, місця проживання; ставлення до релігії, переконань, приналежності до суспільних об'єднань.

Практично здорові – особи з функціональними і деякими морфологічними змінами або ті, що рідко хворіють впродовж року (одиночні випадки захворювань).



Протиепідемічний режим – сукупність заходів і правил, що проводяться в інфекційних лікарнях, бактеріологічних лабораторіях і обсерваційно-карантинних установах з метою попередження зараження людей.

Профілактика інфекційних хвороб специфічна – активна і пасивна імунізація населення шляхом використання біологічних препаратів (вакцин, імунних сироваток, імуноглобулінів) з метою попередження розповсюдження певної інфекційної хвороби.

Профілактичні дезінфекційні заходи – заходи, що проводяться у житлових, виробничих, навчальних, санітарно-побутових та інших приміщеннях, будівлях і спорудах, на територіях населених пунктів, у місцях масового відпочинку населення та рекреаційних зонах, в інших можливих місцях розмноження переносників збудників інфекційних хвороб.

Профілактичні щеплення – введення в організм людини медичних імунобіологічних препаратів для створення специфічної несприйнятливості до інфекційних хвороб.

Психічна залежність – прагнення вживати психоактивні речовини для відчуття задоволення, яке вони приносять, але частіше – для подолання дискомфорту, що виникає при їх відсутності.

Психологічне насильство в сім'ї – насильство, пов'язане з дією одного члена сім'ї на психіку іншого члена сім'ї шляхом словесних образ або погроз, переслідування, якими навмисно спричиняється емоційна невпевненість, нездатність захистити себе та може завдатися або завдається шкода психічному здоров'ю.

реакції організму на соціальні, психологічні та фізичні (включаючи біологічні) умови життєдіяльності завдяки здатності особистості контролювати свою поведінку, планувати та здійснювати свій життєвий шлях у мікро- та макросоціальному середовищі.

Репродуктивний потенціал – рівень фізичного і психічного стану, який дозволяє при досягненні соціальної зрілості відтворювати здорове потомство.

Ресурси здоров'я – сукупність всіх засобів, що має суспільство на національному, територіальному (регіональному, комунальному) та індивідуальному рівнях для збереження та зміцнення потенціалу здоров'я громадян.

Ризикометрія – визначення ступенів ендогенного (внутрішнього), екзогенного (зовнішнього) та поведінкового впливу чинників ризику щодо виникнення та розвитку хронічних захворювань.

Санометрія – кількісне визначення (діагностика) потенціалу фізичного здоров'я індивідуума, рівнів його психоемоційної напруги, психосоціального стресу, вдоволеності життям та задоволення основних життєвих потреб.

Синдром відміни (абстиненція) – реакція організму на припинення приймання наркотичних засобів (може бути хворобливою, іноді смертельною).

Стан здоров'я – загальна характеристика здоров'я окремих осіб, їх груп чи популяції, визначена згідно з загальноприйнятими стандартами.

Стандарти якості лікування – відповідність проведеної діагностичної і лікувальної роботи у кожному конкретному випадку установами лікувально-діагностичним стандартам, які дають можливість оцінити результати лікування в цілому.

Статистика здоров'я – розділ медичної статистики, що вивчає стан здоров'я населення.

Статистика медична – галузь соціально-економічної статистики, яка формує і вивчає показники, що характеризують здоров'я населення і діяльність медичних закладів та органів управління системи охорони здоров'я, ресурсне забезпечення галузі.

Суспільна політика сприяння зміцненню здоров'я – чітко виражена орієнтація на забезпечення здоров'я і рівноправності у всіх областях політики охорони здоров'я, а також відповідальність за негативні наслідки для здоров'я.

Толерантність – зниження реакції організму на дозу наркотику, яке виникає при тривалому його вживанні.

Травматизм – сукупність травм, які виникають протягом певного проміжку часу, на певній території їх реєстрації, серед певної групи населення.

Тривалість життя – інтервал між народженням і смертю, що дорівнює кількості прожитих людиною років.

Участь населення в охороні здоров'я – активне залучення населення до участі в плануванні, забезпеченні функціонування і контролю організації первинної медико-санітарної допомоги, з використанням місцевих та інших ресурсів і можливостей.

Фактори ризику – потенційно небезпечні для здоров'я фактори поведінки, біологічного, генетичного, екологічного, соціального характеру, навколишнього і виробничого середовища, які підвищують імовірність розвитку захворювань, їх прогресування та несприятливий наслідок.

Фактори середовища життєдіяльності – будь-які біологічні (вірусні, пріонні, бактеріальні, паразитарні, генетично модифіковані організми, продукти біотехнології тощо), хімічні (органічні і неорганічні, природні та синтетичні), фізичні (шум, вібрація, ультразвук, інфразвук, теплове, іонізуюче, неіонізуюче та інші види випромінювання), соціальні (харчування, водопостачання, умови побуту, праці, відпочинку, навчання, виховання тощо) та інші фактори, що впливають або можуть впливати на здоров'я людини чи на здоров'я майбутніх поколінь.

Фізична залежність – звикання організму до присутності інтоксиканта, яке виявляється у зростанні толерантності і синдромі відмови.

Фізичне насильство в сім'ї – умисне нанесення одним членом сім'ї іншому члену сім'ї побоїв, тілесних ушкоджень, що може призвести або призводить до смерті постраждалого, порушення фізичного чи психічного здоров'я, нанесення шкоди його честі і гідності.

Фізичний розвиток – сукупність ознак, що характеризують рівень і динамічні зміни ряду морфологічних, функціональних властивостей окремого індивіда та колективів людей, виражених у вигляді загальних і групових характеристик (стандартів фізичного розвитку).

Хелсизм – культурно-ціннісна орієнтація на здоров'я як найважливіше з усіх благ і досягнень, переконання в тому, що досягнення здоров'я – головна мета існування людини.

Шкідливі звички – дії та вчинки, що перетворилися на потребу і тому регулярно виконуються (тютюнопаління, вживання наркотиків, переїдання, зловживання алкоголем тощо). Вони негативно впливають на здоров'я та заважають людині успішно реалізувати себе як особистість.

Якість життя – ступінь сприйняття окремими людьми чи групами людей того, що їх потреби задовольняються, а необхідні для досягнення благополуччя і самоствердження можливості будуть реалізовані.

### **Література**

1. Білий В. Я. Термінологічний словник-довідник менеджера охорони здоров'я / В. Я. Білий, М. П. Байчак, Л. А. Голик [та ін.]. – К. : Преса України, 2001. – 235 с.
2. Визначення термінів з питань соціальної медицини та організації охорони здоров'я (методологічні і методичні аспекти) Науково-довідкове видання / Г. О. Слабкий, Т. К. Кульчицька, Г. В. Курчатова. – Київ, 2009. – 34 с.
3. Глоссарий терминов, используемых в серии "Здоровье для всех" // ВОЗ. – Женева, 1984. – 44 с.
4. Европейская политика по достижению здоровья для всех на двадцать первое столетие / Рабочий документ для консультаций. – ВОЗ, 1997. – 216 с.
5. Левенець Н. Г. Визначення термінів у практиці організатора охорони здоров'я (повідомлення 2) / Н. Г. Левенець // Україна. Здоров'я нації. – 2008. – №3–4. – С. 277–280.
6. Термінологічний глосарій з питань соціальної медицини і організації охорони здоров'я. Навчально-довідникове видання / В. М. Пономаренко, А. Б. Зіменковський, С. Д. Пономаренко [та ін.] Під заг. ред. В. М. Пономаренко. – Київ-Львів : Ліга-Прес, 2003. – 100 с.

*Мальцева О.Б., Мелега К.П., Ковташ М.В., Дуб М.М.*

## **Стратегія зменшення шкоди тютюнопаління в середовищі учнівської молоді**

### **ДВНЗ «УжНУ», кафедра основ здоров'я, факультет здоров'я та фізичного виховання**

**Вступ.** Кризові явища в українському суспільстві призвели до поширення тютюнопаління, розповсюдивши витоки дитячого неблагополуччя. В останні роки суспільство все більше занепокоєно поширенням негативних тенденцій щодо паління цигарок серед школярів та загальним зниженням рівня здоров'я молоді України

Боротьба з тютюнопалінням в навчальному середовищі, попередження шкідливих звичок в учнів – важливий напрямок профілактичної та виховної роботи загальноосвітніх шкіл, який здійснюється в нерозривному зв'язку з розумовим, трудовим, фізичним та моральним вихованням. Результатом ефективної стратегії зменшення шкоди від паління цигарок є відновлення стану здоров'я. У процесі цієї роботи формується гармонійно розвинена особистість, у школярів виховуються моральні норми, прищеплюються загальнолюдські цінності, уміння вести здоровий спосіб життя [1–3].

В основних напрямках політики Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) щодо покращення суспільного здоров'я населення планети визначено кількісні та якісні показники, на які треба орієнтуватися в європейських країнах для того, щоб зменшити шкоду, якої завдають шкідливі звички, в тому числі і тютюн [4–6].

**Метою** дослідження було підвищити ефективність стратегії зменшення шкоди тютюнопаління серед учнівської молоді. До завдань дослідження відносились: вивчити проблему розповсюдженості тютюнопаління серед учнівської молоді, визначити шкоду для здоров'я; вивчити ефективність стратегії зменшення шкоди тютюнопаління серед учнівської молоді старших класів.

**Матеріали та методи дослідження.** З метою виконання досліджень відповідно до затвердженого плану були опитані 67 учнів віком 16-17 років, з них 51 (76%) хлопців та 16 (24%) дівчат. Вивчення розповсюдження шкідливих звичок серед учнівської молоді було реалізовано через опитування в навчальних закладах. Опитування проводилося методом самозаповнення анкет стосовно першого залучення до тютюнопаління.

Результати дослідження. При вивченні розповсюдження тютюнопаління серед школярів було встановлено, що в кількох загальноосвітніх закладах серед всіх 179 опитаних школярів (56 хлопців – 37% і 113 дівчат – 63%) 67 (38%) школярів підтвердили, що вони палять: 51 (76%) хлопців та 16 (24%) дівчат, таблиця 1.

Основною причиною паління серед юнаків було бажання здаватися дорослим, бути в складі підліткової соціальної групи – 20 (77%) підлітків, “з цікавості” – 31 (76%) хлопців. У дівчат – зацікавленість самим процесом паління було виявлено у 10 (24%), бажання здаватися дорослою – у 6 (23%) учениць. Дуже важливими в прогностичному плані виявилися відповіді учнів на питання, чи є хтось в родині, хто зловживає тютюнопалінням. 15 (75%) хлопців підтвердили що хоча б один з батьків палить, і робить це в житлових приміщеннях оселі. Серед дівчат 26% (5 школярок) підтвердили факт зловживання тютюнопалінням у сім'ї: у 3 дівчат – палить тільки батько, в 2 випадках – і батько, і мати, і ніхто з батьків при цьому не виходить за межі житлових кімнат.

## Розповсюдженість тютюнопаління серед учнів ЗОШ

| Показник  | Всього,<br>n=67 |    | Хлопці,<br>n=51 |     | Дівчата,<br>n=16 |    |
|---|-----------------|----|-----------------|-----|------------------|----|
|   | абс.            | %  | абс.            | %   | абс.             | %  |
| Причина початку тютюнопаління:  |                 |    |                 |     |                  |    |
| - з інтересу  | 41              | 61 | 31              | 76  | 10               | 24 |
| - щоб здаватися дорослим, бути в складі підліткової соціальної групи  | 26              | 39 | 20              | 77  | 6                | 23 |
| Наявність шкідливої звички в родині, усвідомлення того, що ти є пасивним курцем   | 20              | 30 | 15              | 75  | 5                | 26 |
| Кількість випалених цигарок:  |                 |    |                 |     |                  |    |
| - 1-2 цигарки за тиждень  | 20              | 30 | 15              | 75  | 5                | 25 |
| - 1-5 цигарок за день   | 47              | 70 | 36              | 76  | 11               | 24 |
| Через який час після пробудження випалюється перша цигарка:   |                 |    |                 |     |                  |    |
| - відразу   | 10              | 15 | 10              | 100 | -                | -  |
| - через 1 год. і пізніше  | 57              | 85 | 41              | 70  | 16               | 30 |
| Відсутність усвідомлення, що гіркота в ротовій порожнині, першіння в горлі, кахикання, виділення мокротиння – це негативні наслідки паління, ознаки порушень в стані здоров'я | 57              | 85 | 45              | 79  | 12               | 21 |
| Розуміння того, що випалена цигарка не допомагає в навчальній діяльності, не рятує від турбот побутового спрямування:   |                 |    |                 |     |                  |    |
| - так   | 17              | 25 | 9               | 52  | 8                | 48 |
| - ні  | 50              | 75 | 42              | 84  | 8                | 16 |

Аналіз кількості випалених цигарок показав, що більшість опитаних, 47 (70%) учнів, випалюють від 1 до 5 цигарок за день (в тому числі і на перервах під час навчального процесу в школі, ховаючись від вчителів): у більшості випадків – хлопці, 36 (76%), в 24% (11 осіб) – дівчата. 20 (30%) школярів палять в середньому від 1 до 2 цигарок на тиждень: 15 (75%) хлопців і 5 (25%) дівчат. Відповіді на запитання: “Через який час після пробудження випалюється перша цигарка?” дозволили встановити, що процес формування такої шкідливої звички, як тютюнопаління, ще не прийняв крайньої патологічної межі і у більшості підлітків ще не сформувалася нікотинова залежність. Так, відразу після пробудження перша цигарка випалюється 10 (15%) учнями, дівчата починають зловживати тютюнопалінням в більш пізній період доби. Через 1 годину і пізніше першу цигарку випалюють 41 (70%) хлопець та всі 16 (30%) дівчат. Отримана інформація має позитивне спрямування, тому що в даній групі опитаних є велика вірогідність кинути палити взагалі.

Від'ємною в плані загальної поінформованості та в плані позитивного прогнозу позбавитись від такої шкідливої звички, як тютюнопаління, була і відповідь на запитання “Миттєві негативні наслідки паління: гіркота в ротовій порожнині, першіння в горлі”, яка дала можливість констатувати, що школярі не усвідомлюють, що відчуття гіркоти в ротовій порожнині та першіння в гортані, кахикання, виділення мокротиння не є позитивними ознаками і здоров'я не дають – 45 (79%) хлопців, 12 (21%) дівчат, це підтвердили.

Важливими для аналізу впливу тютюнопаління не тільки на фізичну, але і на психічну та соціальну складові здоров'я стали відповіді підлітків на запитання “Чи допомагає випалена цигарка в навчальній діяльності, рятує від турбот побутового спрямування?”. Тільки 17 (25%) школярів відповіли “так”, при цьому виділили тимчасове підвищення активності у навчанні (на уроках) саме після вдихання тютюнового диму на перерві між уроками, ця відповідь розподілилася порівну між учнями жіночої та чоловічої статі. Для більшості курців цигарка не була порятунком від проблем у навчанні (успішність у навчанні, спілкування з однолітками та вчителями). Відповідь “ні” на запитання дали 50 респондентів (75%): 42 (84%) хлопців та 8 (16%) дівчат.

Школярам-курцям було надано додаткову інформацію про неблагоприємний вплив тютюнопаління на стан здоров'я, щоб дати їм усвідомити переваги відмови від паління та довести до них користь, яку приносить здоров'ю відмова від шкідливих звичок. Школярів, що зловживають тютюнопалінням, і вже намагались позбутися цієї шкідливої звички, було також додатково проінформовано про всі існуючі засоби, що можуть допомогти кинути палити. У разі усвідомлення шкоди для здоров'я від тютюнопаління і за наявності мотивації до припинення куріння шанси на успіх хороші (при допомозі батьків та друзів).

Окремий, додатковий комплекс запитань стосувався ступеня володіння опитаного контингенту школярів загальноосвітньої школи інформацією про шкідливість тютюнопаління для власного здоров'я, таблиця 2.

На жаль, більшість школярів, 57 (85%) дітей, вважають, що тютюнопаління не шкідливе для здоров'я, з них 12 (21%) дівчат та 45 (79%) хлопців. Більш детально опитування дозволило у частини школярів виділити незначні прояви початкових порушень в діяльності окремих органів та систем, на які вони у більшості випадків не звертали увагу. Так, ураження бронхо-легеневої системи, найбільша кількість учнів, (ранкове кахикання з виділенням в окремі дні мокротинням, деколи – задишка) спостерігалось у 41 (61%) школяра, 31 (75%) хлопець, 10 (25%) дівчат.

## Зміни окремих показників в органах та системах в групі учнів ЗОШ

| Показник  | Всього,<br>n=67 |    | Хлопці,<br>n=51 |      | Дівчата,<br>n=16 |      |
|---|-----------------|----|-----------------|------|------------------|------|
|   | абс.            | %  | абс.            | абс. | %                | абс. |
| Тютюнопаління:  |                 |    |                 |      |                  |      |
| - шкідливе  | 10              | 15 | 6               | 60   | 4                | 40   |
| - не шкідливе   | 57              | 85 | 45              | 79   | 12               | 21   |
| Ознаки початкових порушень, виявлені при опитуванні:  |                 |    |                 |      |                  |      |
| - бронхо-легеневої системи (ранкове кахикання з виділенням в окремі дні мокротинням, деколи – задишка)  | 41              | 61 | 31              | 75   | 10               | 25   |
| - серцево-судинної системи (в окремі дні – прискорення серцебиття без явної причини, холодні пальці рук та ніг, мерзлякуватість)                        | 17              | 25 | 6               | 30   | 11               | 70   |
| - ЦНС, вегетативної нервової системи (деколи – головокружіння, головні болі, загальна слабкість, роздратованість, зміни настрою, порушення сну)         | 31              | 46 | 15              | 49   | 16               | 51   |
| Бажання відмовитись від шкідливої звички  | 21              | 32 | 10              | 48   | 11               | 52   |
| Наявність умов та можливостей для відновлення (лікування) уражених органів та систем:   |                 |    |                 |      |                  |      |
| - матеріальна забезпеченість  | 26              | 39 | 15              | 55   | 11               | 45   |
| - наявність в сім'ї осіб, що палять цигарки   | 20              | 30 | 15              | 75   | 5                | 25   |
| Психологічна підтримка з боку батьків, друзів, що, можливо, виникне в процесі зменшення (в окремих випадках повної відмови) кількості випалених цигарок | 20              | 30 | 9               | 45   | 11               | 55   |

Початкові прояви ураження серцево-судинної системи (в окремі дні – прискорення серцебиття без явної причини, холодні пальці рук та ніг, мерзлякуватість) були зафіксовані у 17 (25%) школярів, з них 6 (30%) хлопці, 11 (70%) – дівчата. Зміни з боку нервової системи проявлялись (виникали час від часу) такими ознаками, як головокружіння, головні болі, загальна слабкість, роздратованість, зміни настрою, порушення сну – у 31 (46%) учнів, 15 (49%) хлопців та 16 (51%) дівчат.

В результаті проведених досліджень, після проведення бесід та роз'яснень, частина учнів проявила позитивну мотивацію – бажання відмовитись від шкідливої звички тютюнопаління – 21 (32%) школяр, 10 (48%) хлопців та 11 (52%) дівчат. Всі погодились спробувати: зменшувати поступово кількість цигарок (починаючи з 1–2 на добу), не випалювати повністю цигарку по довжині (або ділити 1 цигарку на 2–3 перекури). Тримати цигарку в руках (задовольняючи вже вироблену рефлекторну звичку щось тримати в руках), але не запалювати її (тобто свідомо уникати вдихання тютюнового диму). Намагались уникати перебування в приміщеннях, де зловживають тютюнопалінням, та спілкування з особами, що палять цигарку. Одночасно зазначена група погодилась змінити режим своєї життєдіяльності: збільшити фізичну активність загалом (пішохідні прогулянки, пробіжки, комплекс фізичних вправ в ранкові години включенням дихальних дренажних вправ), відрегулювати сон (лягати спати не пізніше 23.00).

Відповідно до появи окремих скарг як початкових проявів нездоров'я, учням були рекомендовані (з проведенням інструктажу по приготуванню відвару або настою трав'яних зборів): – фітотерапевтичні засоби: відхаркувальні трави при кахиканні з виділенням мокротиння; заспокійливі збори при неприємних відчуттях в області серця та прискореному серцебитті; – прийоми аутогенного тренування для зняття нервової напруги та зменшення роздратованості.

Повторне опитування та обстеження школярів дозволило зробити певні узагальнення. Втілюючи в життя початкові етапи на шляху позбавлення від шкідливої звички – тютюнопаління, учні почали більш уважно ставитись до змін у стані свого здоров'я, «прислухатись» до роботи окремих органів та систем в процесі тютюнопаління: самопочуття до початку вдиху тютюнового диму (час появи кахикання, наявність мокротиння та його характеристики, відчуття гіркоти в ротовій порожнині, захриплість голосу, факт появи задишки при піднятті по сходах вище другого або третього поверху, ЧСС, тощо) та відразу після припинення тютюнопаління.

Результати повторного опитування групи учнів, що палять, представлені в таблиці 3.

Як видно з таблиці, кількість школярів, що вважають тютюнопаління шкідливим, збільшилась 10 до 50 осіб (від 15 до 74%), і це були підлітки, у яких кілька місяців назад, в основному, і спостерігались початкові прояви нездоров'я, в основному з боку бронхо-легеневої системи. Із загальної кількості школярів, хто виявив бажання позбутись тютюнопаління, 21 (32%) учень, повністю позбавитись від досліджуваної шкідливої звички вдалося тільки 3 підліткам: 1 хлопцю та 2 дівчатам (саме їхні батьки, щоб допомогти та стимулювати дитину, теж припинили тютюнопаління (вже маючи сумний власний досвід у погіршенні стану здоров'я).

Зменшити загальну кількість цигарок, на 2–5 штук, що випалювались за добу, вдалося 10 (15%) підліткам. Беручи до уваги, що при повторному опитуванні значно збільшилась кількість осіб, що заявили про бажання кинути тютюнопаління – до 48 (72%), з зазначеної кількості 15 (22%) учням вдалося також заставити себе не палити відразу всю цигарку, а розділити її на дві-три частини. Підлітки пояснювали, що, наприклад, тягнули процес запалювання цигарки майже до закінчення перерви (щоб не залишалося вже часу на повне викурювання та вдихання токсинів), або, чекаючи на

маршрутне таксі, процес паління починали за одну хвилину до приїзду транспорту). В окремих випадках не запалювати цигарку допомагав льодяник.

Таблиця 3

**Динаміка показників початкових змін в органах та системах в групі школярів, що мають шкідливу звичку – тютюнопаління**

| Показник  | До відновл.<br>n=67 |    | Після відновл.<br>n=67 |    |
|---|---------------------|----|------------------------|----|
|   | абс.                | %  | абс.                   | %  |
| Тютюнопаління:  |                     |    |                        |    |
| - шкідливе  | 10                  | 15 | 50                     | 74 |
| - не шкідливе   | 57                  | 85 | 15                     | 22 |
| Ознаки початкових порушень:   |                     |    |                        |    |
| - бронхо-легеневої системи (ранкове кахикання з виділенням в окремі дні мокротинням, деколи – задишка)  | 41                  | 61 | 29                     | 43 |
| - серцево-судинної системи (в окремі дні – прискорення серцебиття без явної причини, холодні пальці рук та ніг, мерзлякуватість)                        | 17                  | 25 | 13                     | 20 |
| - ЦНС, вегетативної нервової системи (деколи – головокружіння, головні болі, загальна слабкість, роздратованість, зміни настрою, порушення сну)         | 31                  | 46 | 21                     | 32 |
| Бажання відмовитись від шкідливої звички  | 21                  | 32 | 48                     | 72 |
| Наявність в сім'ї осіб, що палять цигарки   | 20                  | 30 | 15                     | 22 |
| Психологічна підтримка з боку батьків, друзів, що, можливо, виникне в процесі зменшення (в окремих випадках повної відмови) кількості випалених цигарок | 20                  | 30 | 48                     | 71 |

В результаті застосування комплексу відновлювальних, оздоровчих, превентивних заходів, кількість школярів з ознаками ураження дихальної системи зменшилась з 41 (61%) до 29 (43%) осіб. Позитивна динаміка змін серцево-судинної системи була менш вираженою, мерзлякуватість та порушення периферійного кровообігу в основному залишались (зникнення – тільки у 5% учнів), однак були менш вираженими. Ознаки початкових порушень у діяльності нервової системи практично зникли у 10 (15%) школярів, які значно збільшили свою фізичну активність, відрегулювали режим навчального та фізичного навантаження, процес засинання. Більша частина підлітків, 48 (71%) учнів, що різними методами заохочення, посилення самодисципліни, намагались зменшити кількість вживаних цигарок, підтвердили величезне значення психологічної підтримки з боку батьків та друзів.

Висновки. В результаті використання стратегії зменшення шкоди тютюнопаління серед учнівської молоді, що враховувала як мотивацію підлітка позбавитись шкідливої звички, так і стан індивідуального здоров'я, фізіологічні можливості, реальні умови життєдіяльності, можливості психологічної підтримки з боку батьків та друзів, підтверджено значення комплексного підходу у вирішенні проблеми. Більшість підлітків усвідомили загрозу можливої втрати здоров'я як наслідку тютюнопаління, частина – виявили бажання позбутись цієї шкідливої звички. Повторне опитування підтвердило позитивну динаміку змін основних органів та систем в напрямку нормалізації.

**Список використаної літератури**

1. Балакірева О.М. Показники та соціальний контекст формування здоров'я підлітків: моногр. / О.М. Балакірева, Т.В. Бондар, Д.М. Павлова та ін. – К.: ЮНІСЕФ, Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка, 2014. – 156 с.
2. Борщик Л.М., Титаренко Л.В., Савіна О.Г. Психолого-педагогічні основи профілактики шкідливих звичок та соціально небезпечних захворювань. Педагогіка здоров'я: збірник наукових праць VII Всеукраїнської науково-практичної конференції (м. Чернігів, 7–8 квітня 2017 р.): [в 2 т.] / ред. колегія: С. М. Шкарлет [та ін.]. – Чернігів. – 2017. – Т. 1. – С. 112-114.

*Миронюк В.І., Романів О.П., Надь Б.Я.*

**Ключові аспекти діагностики та профілактики виникнення депресії в контексті покращення якості життя населення**

**ДВНЗ «Ужгородський національний університет», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, факультет здоров'я та фізичного виховання**

**Вступ.** Депресія є одним з найбільш розповсюджених психічних розладів у світі. Її симптомами є не лише втрата інтересу до оточуючого світу, низька самооцінка та соціальна дезадаптація, а й більш важкі травмуючі наслідки – емоційні страждання, неможливість виконувати роботу та проблеми в сім'ї. Питання депресії викликає значне занепокоєння у

лікарів всього світу, так як пацієнти не завжди звертаються за кваліфікованою допомогою, а затяжний перебіг хвороби може привести навіть до самогубства, від якого помирають 800 тис. осіб щорічно, а серед людей віком від 15 до 29 років вона є другою причиною смертності.

По останнім підрахункам Всесвітньої організації охорони здоров'я станом на березень 2018 р. від депресії страждають більше 300 млн осіб у всьому світі, а за період 2005-2017 рр. їх кількість збільшилась більш, ніж на 18%.

Тривожним знаком також є те, що біля 50% серйозних депресивних розладів залишаються нелікованими. Не дивлячись на те, що депресія виліковна і ВООЗ дає велику кількість рекомендацій щодо ведення таких пацієнтів, велика кількість людей не звертаються за допомогою, через відчуття сорому, дискомфорту та заперечення самого факту наявності проблеми. Також частиною проблеми є неможливість працівників охорони здоров'я вчасно та точно розпізнати у пацієнта наявність депресивного розладу.

Станом на 2017 рік в Україні на депресію страждає 6,3% населення. Звичайно, це лише статистичні дані й очевидним є те, що реальні цифри значно вищі. Цей аспект доводить необхідність проведення якісних профілактичних заходів для попередження та раннього виявлення депресивних розладів з метою їх вчасного лікування та підвищення якості життя населення в Україні.

**Мета роботи:** проаналізувати стан відображення рекомендацій ВООЗ та спеціалізовану літературу щодо лікування та профілактики депресії та ознайомитись з проблемами їх застосування.

**Матеріали та методи.** Проведено аналіз статистичних даних, стан відображення рекомендацій ВООЗ, огляд спеціалізованих видань, статей та книг.

**Результати.** Згідно з даних Європейського регіонального бюро ВООЗ депресія являє собою серйозну проблему для всіх систем охорони здоров'я в європейському регіоні. Практично кожен сьомий житель європейських країн страждає на серйозні розлади депресивного характеру хоча б один раз за життя. Біля 7% населення страждають на серйозну депресію щорічно. Дане захворювання є однією з основних причин інвалідності в світі, і, на жаль, ця тенденція не йде на спад.

Депресія також може призводити до виникнення супутніх захворювань, таких як артеріальна гіпертензія, інфаркт міокарда та інсульт.

Вважається що на депресію страждає кожен четвертий пацієнт що звертається до сімейного лікаря, проте лікування отримують лише 50%, через приховання симптомів захворювання та недостатньої діагностики працівниками охорони здоров'я.

Згідно DSM-5 діагностичними критеріями великого депресивного розладу є наявність принаймні 5 із симптомів на протязі 2-тижневого періоду:

- Пригнічений настрій
- Відзначається зниження інтересу або задоволення
- Значна втрата ваги або збільшення ваги
- Безсоння або гіперсомнія
- Психомоторне збудження або затримка
- Втома або втрата енергії
- Почуття нікчемності або надмірної провини
- Зменшена здатність концентруватися
- Рекурентні думки про смерть або суїцидальні ідеї.

Депресія може вплинути на будь кого, навіть на людину, яка, як видається, живе у відносно ідеальних умовах, тому виділяють такі фактори ризику розвитку депресії: біохімічні (відмінності деяких хімічних речовин у мозку можуть сприяти симптомам депресії), генетичні (депресія може проявлятися в сім'ях. Наприклад, якщо один ідентичний близнюк має депресію, інший має 70-відсотковий шанс захворювання колись у житті), особистісні (люди з низькою самооцінкою, які легко перевантажені стресом, або які, як правило, песимістичні, схильні до депресії.), фактори навколишнього середовища (тривале виявлення насильства, зневаги, зловживання або бідності може зробити деяких людей більш вразливими до депресії.).

ВООЗ випустила свої рекомендації щодо лікування та профілактики депресивних розладів. До них відносяться: антидепресанти в лікуванні дорослих людей; короточасна структурована психологічна терапія; активація поведінки дорослих людей с депресивним розладом; вправи по релаксації для лікування депресії та фізична активність пацієнтів.

Лікування депресії за допомогою антидепресантів є економічно ефективним, проте недостатньо лише провести медикаментозну терапію – не менш важливо працювати над підвищенням обізнаності людей з цієї проблеми, поліпшенням її розуміння і зниженням рівня стигми.

Доведено, що профілактичні заходи можуть не тільки знижувати поширеність депресії, а також запобігати виникненню нових або повторних випадків.

Одним з найефективніших способів виявлення та запобігання депресії є психотерапія: Її іноді застосовують для монолікування легкої депресії; для помірної та важкої депресії психотерапія часто застосовується разом з антидепресантами. Когнітивна-поведінкова терапія (КПТ) була визнана ефективною при лікуванні депресії. Психотерапія може включати лише індивідуальну роботу, але можливе й включення інших осіб. Наприклад, терапія сім'єю або парою може допомогти вирішити проблеми, пов'язані з цими близькими стосунками. Групова терапія включає й інших людей з подібними хворобами. Також не можна виключати самопомогу у протидії захворюванню.

Є багато речей, які люди можуть зробити самостійно, щоб зменшити симптоми депресії. Для багатьох людей регулярні вправи допомагають створювати позитивні почуття та покращити настрій. Отримання достатньо якісного сну на регулярній основі, харчування здорової дієти та уникнення алкоголю (депресант) також можуть допомогти зменшити симптоми депресії.

**Висновок.** Депресія – це справжня хвороба, і допомога доступна. При наявності належної діагностики та лікування переважна більшість людей з депресією здатні її подолати.

Однак, депресія недостатньо діагностована в умовах первинної медичної допомоги в Україні. Скринінг депресії у первинній медичній допомозі потенційно є ефективним способом пошуку невиявлених випадків та поліпшення діагностики.

Фахівці в сфері охорони здоров'я повинні працювати з населенням над вмінням індивіда розпізнавати прояви захворювання та заохочувати до своєчасного звернення до спеціаліста.

Такі заходи повинні включати в себе розмову з психіатром або сімейним лікарем після психотравмуючих ситуацій, аналіз факторів ризику та проведення періодичної оцінки пацієнтів або відповідними шкалами.

Більш ефективна профілактика і лікування депресії в поєднанні з підвищенням обізнаності про це захворювання стане невід'ємною частиною роботи країни заради покращення загального доступу до послуг охорони здоров'я та соціальної інтеграції.

### **Список використаної літератури**

1. Всесвітня Організація Охорони Здоров'я. – <http://www.who.int>.
2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5).
3. American Psychiatric Association. – <https://www.psychiatry.org>.

*Миронюк В.І., Романів О.П., Надь Б.Я.*

## **Проблеми цілісного охоплення медико-санітарними послугами в світі та Україні**

### **ДВНЗ «Ужгородський національний університет», факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки, факультет здоров'я та фізичного виховання**

**Вступ.** Якісне охоплення медико-санітарними послугами є провідним аспектом життя населення у всьому світі. Метою загальнодоступності медичних послуг є забезпечення необхідними медичними послугами і відсутність фінансових труднощів у зв'язку з їх оплатою. Для того щоб країна могла забезпечити загальний доступ до медичних послуг, необхідна наявність ряду факторів, таких як: міцна система охорони здоров'я і фінансування медичних послуг, доступ до основних лікарських засобів і достатній потенціал добре підготовлених працівників охорони здоров'я.

В доповіді ВООЗ та Групи Всесвітнього Банку було розглянуто доступність основних медичних послуг, включаючи планування сім'ї, допологову допомогу, кваліфіковану допомогу при пологах, імунізацію дітей, антиретровірусну терапію, лікування туберкульозу та доступ до чистої води та санітарії в світі в 2013 році. Згідно доповіді 400 млн людей не мають доступу до основних медичних послуг і 6% населення ще більше занурюються або підштовхуються в стан крайньої бідності через витрати на здоров'я.

**Мета роботи:** розглянути принципи надання медико-санітарних послуг та визначити нагальні проблеми їхнього забезпечення.

**Матеріали та методи.** Проведено огляд чинного законодавства України, стан відображення рекомендацій ВООЗ та статистичних даних.

**Результати.** Прагнення до забезпечення охоплення населення послугами охорони здоров'я міцніє в усьому світі. Кожна людина, що потребує послуг охорони здоров'я, повинна мати можливість отримати їх, не відчуваючи надмірних фінансових труднощів. У зв'язку з цим різко зріс попит на спеціальні знання і досвід, достовірні дані і критерії для оцінки успіху.

Для того щоб країна могла забезпечити якісне охоплення медико-санітарними послугами необхідна наявність таких факторів: ефективна та добре керована система охорони здоров'я; доступність послуг за вартістю; достатній доступ до основних лікарських засобів і технологій; достатня кількість добре підготовлених працівників охорони здоров'я.

Зведені показники охоплення послугами профілактики та лікування і такі ж показники по верствам населення по кожному регіону були продемонстровані в результатах Всесвітнього дослідження здоров'я населення (World Health Survey), що проводилось в 2002 і 2003 роках. Згідно цього дослідження жоден з регіонів не досягнув 80% порогу охоплення послугами профілактики (найближче до показника була Європа та Центральна Азія), а лише один досягнув 80% відмітки у охопленні послуг з лікування – Європа та Центральна Азія. Проте навіть цей регіон мав 80% охоплення лише у категорії «Найбільш забезпечені 40%». Середній ж показник був сильно наближений, але не перетнув поділку у 80%.

В Україні порядок дотримання державних фінансових гарантій відображений в Законі України «Про державні фінансові гарантії забезпечення населення необхідною медичною допомогою, лікарськими засобами та послугами системи громадського здоров'я».

Згідно зі статтею 32 Закону України «Про місцеве самоврядування», до повноважень місцевого самоврядування належить: «...управління закладами охорони здоров'я, організація їх матеріально-технічного та фінансового забезпечення, організація медичного обслуговування та харчування в комунальних оздоровчих закладах, забезпечення в межах наданих повноважень доступності і безкоштовності медичного обслуговування на відповідній території, а також розвиток усіх видів медичного обслуговування, зокрема – мережі закладів охорони здоров'я та сприяння підготовці й підвищенню кваліфікації спеціалістів».

Також у квітні 2017 року Урядом була запущена програма «Доступні ліки» – комплекс заходів для пацієнтів, що страждають на серцево-судинні захворювання, діабет II типу чи бронхіальну астму. Згідно даної програми вони можуть отримати препарати безкоштовно або з незначною доплатою. На цей захід у 2017 році було виділено 700 млн гривень і через її ефективність фінансування у 2018 році було збільшено на 43%.

Такий позитивний досвід є ключовим аспектом у покращенні життя населення, проте важливим є здобуття та підкріплення політичної прихильності забезпечення загального охоплення на найвищому рівні – одним зі способів є спрямування обмежених ресурсів в першу чергу на бідуючі верстви населення. Стратегії забезпечення належних поставок високоякісних і доступних за вартістю основних лікарських засобів і технологій повинні займати лідируючі місця у списках послуг.

Питання бідності верств населення стосується також і забезпечення медичним персоналом. Крім подолання проблеми дефіциту кваліфікованих кадрів необхідно звернути увагу на їх розподіл між міським та сільським населенням, та приділити увагу саме менш забезпеченим районам. Саме перерозподіл кадрових ресурсів дасть можливість покращити якість медико-санітарних послуг на неблагополучних територіях.

В свою чергу, необхідний моніторинг виконаних послуг та підзвітність закладів охорони здоров'я. Цей аспект допоможе у впорядкуванні та розподілі ресурсів, а також дасть змогу населенню відчувати себе захищеними з боку держави. Для цього необхідне залучення наукових дослідників, громадянського суспільства і міжнародних організацій до процесу покращення охоплення медико-санітарними послугами в Україні.

**Висновки.** Загальне охоплення медико-санітарними послугами надає прямий вплив на здоров'я населення. Доступ до служб охорони здоров'я дозволяє людям вести більш продуктивне і активне життя в своїх сім'ях і громадах.

У той же час, завдяки захисту від фінансового ризику люди не виявляються за межею бідності через те, що їм доводиться платити за медичні послуги зі своїх власних коштів.

Тому загальне охоплення медико-санітарними послугами є критично важливим компонентом стійкого розвитку і зменшення масштабів бідності і ключовим елементом всіх зусиль, спрямованих на зменшення соціальної несправедливості. Загальне охоплення є критерієм прихильності уряду в справі поліпшення добробуту всіх своїх громадян.

#### **Список використаної літератури**

1. Всесвітня Організація Охорони Здоров'я. – <http://www.who.int>.
2. Всесвітня організація охорони здоров'я та Міжнародний банк реконструкції та розвитку / Світовий банк – Моніторинг прогресу в забезпеченні загального охоплення послугами охорони здоров'я на рівні окремих країн і на глобальному рівні. Система, показники і цілі. – 2014 р.
3. Державна Служба Статистики. – <http://www.ukrstat.gov.ua>.

*Михайлов Р.В., Романів О.П., Надь Б.Я.*

## **Роль позакласних розвиваючих організацій в попередженні підліткової наркоманії**

**ДВНЗ «Ужгородський національний університет»**

**Вступ.** Проблема наркотизації сучасної молоді настільки гостра, що вживання неповнолітніми, юнаками і дівчатами наркотичних речовин стає небезпечним соціальним явищем. 60-70 відсотків усіх правопорушень і злочинів молодь скоює у стані алкогольного сп'яніння. Проте, 70% молодих людей жалкують, скажімо, що мають пристрасть до паління, але говорять, що їм не вистачає сили волі відмовитися, 65% – вказують, що відчують негативний вплив на своє здоров'я (поганий апетит, слабкість, нерідко нудота, часті простудні захворювання, болі в шлунку, однак потяг переважає, і вони продовжують палити). За останні роки майже вдвічі зросла кількість осіб, які перебувають на обліку в медичних закладах із діагнозом наркоманія. Статистичні дані про рівень і динаміку наркотизації відображають лише зовнішні тенденції цього небезпечного явища. Є підстави вважати, що кількість споживачів наркотичних засобів у 10 разів більша, ніж за офіційними даними. Крім того, велику кількість осіб залучено до зберігання та розповсюдження наркотиків, причому наркоманія охоплює не тільки молодь, що викликає педагогічне занепокоєння, а і зовні благополучних підлітків. Наркотизації суспільства активно сприяють такі негативні фактори, як різке соціальне розшарування сімей, невірноваженість психоемоційного фону виховання підлітків, їхня соціалізація в умовах знецінення загальнолюдських принципів моралі, дегуманізація ставлення до найвразливіших соціальних груп тощо. Безперечним є і той факт, що Україна потрапила в сферу дії міжнародного наркобізнесу, і це впливає на динаміку наркотизації суспільства. Спостерігається тенденція вживання більш небезпечних наркотичних засобів, змінюється структура наркотизації. Сучасні



підлітки вже з 11–12 років починають використовувати опіатоподібні і коноплеві культури. Сучасна молодь навіть не приховує, які психотропні та наркотичні засоби вживає. Наркотики руйнують психіку молодих людей, зумовлюють відмову від позитивних настановлень на здоровий спосіб життя, породжують мотиви прийняття хибних рішень, у деяких випадках провокуючи навіть до суїциду. Існує багато поглядів на те, чому людина звертається до наркотиків. Якими б не були ці причини – небезпека наркоманії очевидна. Нелегальний обіг наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів набуває все більш широкого розмаху, стає надзвичайно серйозним соціальним фактором, негативно впливає на стан здоров'я і добробут людей, а також розвиток суспільства в цілому. Наркотики набувають якостей складових молодіжної „культури” як паління та вживання алкогольних напоїв. Набирає негативного резонансу проникнення наркотиків із суто кримінального середовища до місць масового проведення дозвілля та в навчальні заклади. Всі особи незалежно від того, потрапляють вони в залежність від наркотичних засобів чи ні, утворюють великий ринок споживачів наркотиків, який у свою чергу стимулює їх виробництво. Наркобізнес перевищує всі інші види злочинного бізнесу в зв'язку з низькою собівартістю наркотиків та необмеженою попитом.

**Мета роботи:** профілактика наркотизму як соціальна технологія, оцінка наркотичної ситуації України, поняття методології профілактики наркотизму, Поняття важливості уникнути “першої проби”, поведінка в ситуаціях, що провокують вживання адиктивних речовин, груповий тиск і шляхи його подолання.

**Вклад основного матеріалу.** Наркотизм (або адиктивна поведінка) – на відміну від наркоманії, розглядається як зловживання рядом речовин, які змінюють свідомість, але до того, як почнуть діяти механізми психологічної та фізичної залежності. Поняття «наркотизм» також включає ряд елементів наркотичної субкультури в навколишньому середовищі. Наркоманія – хвороба, яка викликана систематичним вживанням наркотиків, що виявляється синдромом зміни реактивності, психічною і фізичною залежністю, а також деякими іншими психотичними та соціальними феноменами.

Індивідуальну профілактику треба починати з особою раніше, ніж вона починає зловживати наркотиками. Наркомани “прогресують” поступово і зазвичай це відбувається поетапно:

- нездоровий інтерес до наркотиків, їх виготовлення, споживання тощо (група відносного ризику);
- перебування в середовищі наркоманів, схвалення їх поведінки, разові прийоми наркотиків (група підвищеного ризику);
- вживання наркотиків більш-менш постійно, але без явних ознак наркоманії (група тих, хто зловживає наркотиками);
- формування хворобливої психічної й фізичної залежності від наркотиків (група хворих на наркоманію).

Серед профілактичних заходів важливе місце повинна посідати роз'яснювальна робота серед дітей та підлітків про велику шкоду, яку завдає немедичне споживання наркотиків, необхідність дотримання антинаркоманійного законодавства і правові наслідки його порушення.

Особливу увагу слід приділяти роботі з батьками, які мають дітей-підлітків і юнаків, роз'яснюючи їм характерні ознаки вживання наркотиків (сліди уколів на тілі, наявність на ньому характерних малюнків або татувань, поява шприців, бинтів, хімічного посуду, різке схуднення, характерний блиск очей, постійне ковтання слини, брехливість, поява великих боргів тощо). У разі виявлення у дітей таких ознак батьки повинні негайно звертатися по допомогу до медичних установ і поліції. До антинаркоманійної пропаганди треба широко залучати електронні й друковані засоби масової інформації, де разом з порушенням питань наркоманії професійними журналістами повинні постійно виступати медичні працівники, працівники міліції, прокуратури, педагоги. Лекції, бесіди, виступи, статті мають бути ретельно підготовлені, максимально враховувати аудиторію або читачів. Вони повинні бути спрямовані на розвінчування вживання наркотиків як нібито незвичайного заняття для вибраних, розповідати про конкретні трагедії (уникаючи вказівок на прізвища) без нальоту сенсаційності.

В усіх без винятку заходах загальної профілактики наркоманії активну участь повинні брати представники громадськості, мікрорайону, батьківського активу.

Позашкільна освіта як складова безперервної освіти є саме тією унікальною ланкою, котра має можливість впливати на зайнятість дітей та підлітків у позанавчальний час. Відвідування гуртків, секцій, студій, клубів, позашкільних навчальних закладів дітьми та підлітками, схильними до наркоманії, дітьми-сиротами і дітьми, позбавленими батьківського піклування, відвертає їх від «впливу вулиці», дає змогу отримувати знання, навички з тих напрямів діяльності, які викликають особистий інтерес, надає можливість педагогічним працівникам вести ефективну профілактичну роботу. Тому органам державної виконавчої влади та місцевого самоврядування, позашкільним навчальним закладам, загальноосвітнім школам, батькам, громадським організаціям, які опікуються проблемами запобігання наркоманії серед неповнолітніх, у край важливо залучати до різних форм роботи позашкільних навчальних закладів дітей, схильних до порушення норм кримінального кодексу.

Проблема наркоманії та її профілактика серед дітей, підлітків та молоді стає загальнодержавною. Сьогодні вже замало вирішувати окремі питання профілактики наркоманії серед підлітків на рівні школи, позашкільного навчального закладу, засобів масової інформації, сім'ї тощо, треба розглядати цю проблему комплексно, на рівні особливого питання держави.

Вкрай необхідно здійснити на загальнодержавному рівні такі заходи:

- посилити роботу з неповнолітніми, які не працюють і не навчаються;
- стовідсотково забезпечити навчальні заклади працівниками психологічної служби та створити належні умови для змістовного дозвілля й зайнятості дітей та учнівської молоді в позанавчальний час (вимоги статей 21, 22 Закону України «Про освіту»);

- провадити систематичну профілактичну просвітницьку роботу в навчальних закладах щодо формування здорового способу життя, запобігання вживанню наркотичних речовин дітьми, учнівською та студентською молоддю;
- забезпечити роботу в навчальних закладах, зокрема позашкільних, загальнодоступних гуртків, спортивних секцій, клубів і залучати до участі в них дітей та учнівську молоддь;
- забезпечити доступність закладів культури та відпочинку для сімей з дітьми (театрів, кіно- й концертних залів, баз відпочинку, спортивно-оздоровчих таборів тощо);
- поновити мережу спортивних секцій та споруд за місцем проживання.

#### **Список використаних джерел**

1. Красняков Є. Державна політика у сфері позашкільної освіти: сучасний стан та перспективи вдосконалення / Євген Красняков // Рідна школа. – 2014. – № 4–5. – С. 17–20.
2. Законодавство України у сфері освіти та професійного навчання (Верховна Рада України. Комітет з питань науки і освіти) / Упор. Б. Г. Чижевський, В. П. Головінов, Є. В. Красняков, М. М. Шевченко. – К.: Парламентське видавництво, 2013. – 376 с.
3. Указ Президента України «Про Національну стратегію розвитку освіти в Україні на період до 2012 року» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.president.gov.ua>.
4. Рівень дитячої злочинності в Україні зріс на 57% – ГПУ [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://zib.com.ua/ua/print/83440riven\\_dityachoi\\_zlochinnosti\\_v\\_ukraini\\_zris\\_na\\_57\\_gpu.html](http://zib.com.ua/ua/print/83440riven_dityachoi_zlochinnosti_v_ukraini_zris_na_57_gpu.html).
5. Про органи і служби у справах дітей та спеціальні установи для дітей: Закон України № 20/95ВР від 24 січня 1995 р [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/rada/show/20/95%D0%B2%D1%80>.

*Михайлов Р.В., Романів О.П., Надь Б.Я.*

## **Вміння надавати психологічно-педагогічний супровід дітям з аутизмом і включати їх у соціальні групи, як запобіжність прогресу хвороби у майбутньому**

**ДВНЗ «Ужгородський національний університет»**

**Вступ.** На сьогодні питання навчання дітей з розладами аутичного спектру в освітньому просторі звучить надзвичайно гостро. Складнощі впровадження освіти для аутичних дітей в нашій країні пов'язані з різноплановими дефіцитами. Ми зупинимося лише на деяких з них:

- Брак системної ранньої допомоги як першої і необхідної ланки освітнього процесу (навчання, виховання, розвитку), що не дає змогу визначити порушення на ранньому етапі і розпочати необхідну роботу в напрямі виправлення відхилень у розвитку та відновлення порушеної функції. Системна рання допомога має надаватися у відповідності до міжнародних стандартних вимог до діяльності служб раннього втручання, що передбачає грамотну і послідовну допомогу дитині та її родині.
- Відсутність традицій і культури здійснення корекційно-розвивальної роботи з аутичними дітьми і роботи з родиною в цілому. Глобальними помилками в цьому контексті є: 1) неврахування першочергової важливості взаємодії батьків з дитиною і обставин життєдіяльності дитини в умовах родини, 2) заняття з дитиною виключно в індивідуальному режимі, 3) повна неузгодженість і хаотичність тих корекційно-розвивальних заходів, які застосовуються до дитини.
- Брак централізованої і відповідної підготовки фахівців психолого-педагогічного профілю, здатних усвідомлено і ефективно здійснювати освітню діяльність по відношенню дітей з аутизмом.
- Відсутність наступності освітнього процесу для дітей з аутизмом, а саме чіткого маршруту зі схемою: рання допомога, цілеспрямована підготовка дитини до дошкільного навчального закладу, налагодження послідовного переходу дитини до ДНЗ, навчально-виховний процес в ДВЗ, підготовка до введення у певний шкільний простір, послідовне навчання у шкільному закладі, фахівці якого, з опорою на попередній досвід психолого-педагогічний досвід з дитиною, вибудовують найдоцільнішу стратегію освітньої діяльності, щоб сприяти повноцінному навчанню, розвитку та соціальній адаптації дитини.

Важливо розуміти, будь яку дитину з аутизмом можна привчити до порядку, організованості, адаптувати в дитячому колективі й сприяти її послідовному розвитку. Але для цього процес введення дитини з аутизмом в освітньому просторі має бути продуманим і послідовним.

**Мета роботи:** на основі наукової літератури розкрити модель про технологію психологічно-педагогічного супроводу дітей з аутизмом, створення умов для відповідного безперешкодного навчання та розвитку дітей з аутизмом, корекційно-розвивальна робота з дітьми з аутизмом з опорою на їхні ресурси, надати інформацію вчителям ДВЗ про роботу над індивідуальною програмою розвитку для дітей з аутизмом, проінформувати про технології командної взаємодії.

**Виклад основного матеріалу.** Психологічно-педагогічний супровід – це пролонгований процес спрямований на попередження виникнення (або усунення) у дітей з особливими освітніми потребами дестабілізаційних чинників, формування їхніх адаптивних функцій, забезпечення оптимального розвитку та здобуття ними якісної освіти в умовах навчального закладу.

Психологічно-педагогічний супровід має такі етапи: підготовчий, адапційний та повне включення.

На підготовчому етапі відбувається оцінка наявних в освітньому закладі можливостей і дефіцитів. Керівник освітньої установи обговорює з педагогічним колективом необхідність підготовки та впровадження у навчання для дітей з особливими освітніми потребами, а також необхідні ресурси для цього процесу (впроваджують також просвітницьку, консультативну та семінарсько-тренінгову роботу для батьків і дітей, які будуть навчатися в класі з дітьми з особливими умовами навчання).

На адаптаційному етапі здійснюється робота з об'єднання співробітників у міждисциплінарну групу – тренінги командної роботи, методичні об'єднання, майстер класи тощо. На цьому етапі має відбуватися знайомство з дитиною та документацією з її супроводу, представлення її фахівцем, який має певний досвід роботи з нею, або провів не менше двох зустрічей з дитиною або її родиною. Початок осмисленої роботи з дитиною розпочинається із здійснення психолого-педагогічної діагностики дитини.

На етапі повне включення фахівці сприяють найповнішій адаптації та соціалізації дитини. Фахівці групи супроводу здійснюють роботу з методичного супроводу навчання, виховання та розвитку дитини, розробляють і використовують дидактичні матеріали, адаптують та модифікують освітній процес, навчальний план, цілі і завдання для забезпечення індивідуальних потреб дитини з аутизмом і опрацювання педагогами відповідних методів роботи, розробляють критерії оцінювання навчальних досягнень дитини, апробують інноваційні форми, методи, технології роботи.

Створення умов для відповідного безперешкодного навчання та розвитку дітей з аутизмом. Оптимальне навчання і розвиток дитини передбачає створення спеціальних умов для зменшення для неї стресогенності навколишнього середовища.

Ресурси середовища в процесі підготовки та впровадження спільного навчання дітей з особливими освітніми потребами і дітей з нормативним розвитком, це система чинників які мають підтримувальний, стимулюючий та корекційно-розвивальний потенціал. Такі ресурси можна об'єднати в три групи: предметно-просторові, організаційно-сміслові, соціально-психологічні.

Навчання таких дітей загальнолюдським правилам і нормам здійснюється через дорослих, які їх знайомлять з доступними моделями спілкування (вітання, прощання, подяка тощо), демонструють різні вербальні та невербальні засоби спілкування (міміка, погляд, жестикуляція, тощо), формують соціальні навички і поведінку, організують взаємодію дитини з мікросоціумом, формують соціальний досвід на занятті: моделюють різноманітні форми спілкування та засвоєння соціальних форм поведінки. Сприяють появі довірливих, доброзичливих стосунків, позитивного настрою, забезпечують емоційну насиченість заняття та різноманітності діяльності, створюють ситуацію успіху, тощо.

Урахування та використання усіх зазначених груп зовнішніх ресурсів сприяє підготовці умов для введення дітей з аутизмом в освітнє середовище, але це недостатня робота. Не менш значущою є робота над розкриттям і розвитком ресурсів самих дітей.

Корекційно-розвивальна робота з дітьми з аутизмом з опорою на їхні ресурси має базуватися на діагностиці, за допомогою якої досліджуються особливості її цілісного розвитку та першочергової потреби.

Ресурси дітей з аутизмом – це базові структури, передумови їхнього психофізіологічного розвитку, а також їхні сильні сторони.

Робота над індивідуальною програмою розвитку для дитини з аутизмом вимагає глибоко розуміння особливих освітніх потреб дітей з аутизмом в цілому і конкретної дитини зокрема, а також володіння технологією складання такої програми.

**Висновки.** Впровадження освіти для аутичної дитини – це полі системний процес, який може відбуватися тільки за умов узгодженої роботи учасників міждисциплінарної групи супроводу, здатних розробити для неї дієву індивідуальну програму розвитку, цілеспрямовано її виконувати та відслідковувати успішність цього процесу.

Здійснена нами психолого-педагогічна експериментальна діяльність дала змогу з'ясувати вимоги до учасників групи супроводу, які мають бути компетентними у питанні створення соціальних умов для навчання і розвитку дітей з аутизмом, вміти створювати ці умови, працюючи на засадах командної взаємодії. Зазначені умови мають спиратися на ресурси середовища (предметно-просторові, організаційно-сміслові, соціально-психологічні) та на ресурси дитини (її сильні сторони та передумови гармонійного розвитку: тонічна регуляція, сенсорна інтеграція, базове відчуття безпеки та довіри).

### **Використана література**

1. Айрес Э. Дж. Ребенок и сенсорная интеграция. Понимание скрытых проблем развития. – М. : "Теревинф", 2013 – 272 с.
2. Бернштейн Н. А. Физиология движения и активности. – М.: Наука, 1990. – 495 с.
3. Веккер Л. М. Психические процессы / Л. М. Веккер. – Т.3. – Л. : Издательство Ленинградского университета, 1982. – 326 с.
4. Гайдукевич С. Є. Средевой поход в инклюзивном образовании // Инклюзивное образование: состояние, проблемы, перспективы. – Минск : четыре четверти, 2007. – 34 с.
5. Литовченко С. В. стратегії викладання в інклюзивному навчальному закладі : навчально-методичний посібник / За ред. А. А. Колупаєвої. – К. : Видавнича група "А.С.К.", 2012. – 360 с.
6. Скрипник Т. В. Системно-феноменологічний підхід для діагностики та корекції розвитку дітей з аутизмом / Скрипник Тетяна Вікторівна, Ін-т спец. педагогіки НАПН України. – К., 2010. – 385 с.
7. Скрипник Т. В. Стандарти психолого-педагогічної допомоги дітям з розладами аутичного спектра : навчальний-методичний посібник / Т. В. Скрипник. – К. : "Гнозис", 2013. – 60 с.

8. Divison TEACCH training manual, revised January 1998/ Chapel Hill//NYC//www.unc.edu/depts/teach.
9. Visual Supports for People with Autism: A Guide for Parents and Professionals (Topics in Autism) by Marlene J. Cohen Paperback, Woodbine House Inc., 2005. – 226 p.
10. Watson L., Lord C., Schaffer B., Schopler E. Teaching Spontaneous Communication to Autistic and Developmentally Handicapped Children, Irving stone publisher, N.Y., 1989.
11. Шоплер Э. Поддержка аутичных и отстающих в развитие детей (0-6 лет) : сборник упражнений для специалистов и родителей по программе TEACCH / Шоплер Э., М. Ланзинд, Л.Ватерс. – Минск: Издательство Бел АПДИ “Открытые двери”, 1997. – 152 с.

*Мелега К.П., Мальцева О.Б., Русин Л.П.*

## **Підвищення рухової активності молоді як превентивна стратегія зниження ризику розвитку неінфекційних захворювань у дорослому віці**

**ДВНЗ «Ужгородський національний університет»,  
факультет здоров'я та фізичного виховання, кафедра основ здоров'я**

**Вступ.** XXI століття відзначається значним поширенням у більшості країн світу неінфекційних захворювань (НІЗ), які становлять велику небезпеку для громадської охорони здоров'я та підривають соціальний і економічний розвиток в усьому світі [8]. ВООЗ засвідчує, що щороку від НІЗ помирає 41 млн чоловік, що становить 71% усіх випадків смерті у світі. У структурі смертності від НІЗ найбільша частка припадає на серцево-судинні захворювання (17,9 млн людей); 9 млн випадків смертей припадає на ракові захворювання, 3,9 млн випадків на респіраторні захворювання та 1,6 млн випадків на цукровий діабет. На ці чотири групи захворювань припадає 81% усіх випадків смерті від НІЗ [3]. За прогнозами експертів, при збереженні нинішніх тенденцій до 2030 р. епідемія НІЗ буде щорічно забирати 52 млн людських життів. Зниження тягаря НІЗ у загальноосвітньому масштабі є головним пріоритетом і необхідною умовою для сталого розвитку [8].

Основними факторами, які збільшують ризик захворювання і смерті від НІЗ, є тютюнопаління, недостатня фізична активність (ФА), зловживання алкоголем та нездорове харчування. Гіподинамія серед цих факторів займає особливе місце. Недатна ФА за даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) вважається четвертим з найважливіших факторів ризику, визнаних причинами смерті в глобальному масштабі (на її частку припадає 6% від загальної кількості випадків смерті у світі). 1,6 млн. випадків смерті в рік можна визнати пов'язаними з недостатнім рівнем ФА [3, 4]. За оцінками фахівців, фізична інертність є основною причиною близько 21-25% випадків захворювань на рак молочної залози й товстої кишки, 27% випадків захворювання на діабет і близько 30% випадків захворювання на ішемічну хворобу серця (ІХС) [4, 6]. Тому «Глобальний план дій ВООЗ з профілактики неінфекційних захворювань і боротьби з ними на 2013–2020 рр.», прийнятий у 2013 р. на Всесвітній асамблеї охорони здоров'я, передбачає відносно скорочення поширеності недостатньої ФА на 10% [7].

В Указі Президента України «Про національну стратегію з оздоровчої рухової активності в Україні на період до 2025 року "Рухова активність – здоровий спосіб життя – здорова нація" [10] відмічено, що для більшої частини дорослого населення України характерною є гіпокінезія. Серед дітей зростає популярність малорухомого способу проведення дозвілля. Результати всеукраїнського опитування свідчать, що на початку XXI століття достатній рівень оздоровчої рухової активності (не менше 4–5 занять на тиждень тривалістю одного заняття не менше 30 хвилин) мали лише 3% населення віком від 16 до 74 років, середній рівень (2–3 заняття на тиждень) – 6%, низький рівень (1–2 заняття на тиждень) – 33% населення. Численними науковими дослідженнями доведено, що рухова активність значною мірою сприяє дотриманню людиною здорового способу життя (ЗСЖ), а також в окремих випадках зменшенню негативного впливу на організм шкідливих звичок, підвищенню стресостійкості та відволікає від асоціальної поведінки. Рухова активність є генеруючим та стимулюючим чинником у системі ЗСЖ, має важливе значення для вдосконалення фізичного розвитку і підготовленості особи, профілактики надмірної маси тіла та ожиріння, а також сприяє зменшенню ризику виникнення серцево-судинних захворювань, діабету, остеопорозу, окремих онкологічних захворювань та депресії. Разом з тим, загальновідомо, що дотримання ЗСЖ з метою збереження та зміцнення здоров'я є у п'ять разів ефективнішим, ніж лікувально-діагностичні процедури. За інформацією ВООЗ, співвідношення витрат і прибутків від виконання програм ЗСЖ становить 1 до 8. Тому зменшення згубного впливу гіподинамії на стан здоров'я, особливо молоді, є актуальним завданням, оскільки дозволить знизити ризик розвитку НІЗ, особливо, серцево-судинних у дорослому віці.

**Мета роботи** – визначити вплив оздоровчих аеробних тренувань на рівень потенціалу фізичного здоров'я та адаптаційного потенціалу системи кровообігу студенток ДВНЗ «УжНУ».

**Матеріали та методи.** Дослідження проведено на базі реабілітаційного центру ДВНЗ «УжНУ». Проведено анкетне опитування 65 дівчат-студенток 1-2 курсів різних факультетів вишу з метою визначення рівня їх ФА (на основі міжнародного адаптованого опитувальника загальної практики (GPPAQ) [11] та самооцінки здоров'я. Студентки були розподілені на 4 групи залежно від рівня ФА: 1) неактивні; 2) помірно неактивні; 3) помірно активні; 4) активні. На основі антропометричних вимірювань (ріст, маса тіла, індекс маси тіла (ІМТ)) та функціональних обстежень (пульс, артеріальний тиск (АТ)) визначали потенціал фізичного здоров'я (ПФЗ) за методикою Є.А. Пирогової [9] та адаптивний

потенціал (АП) системи кровообігу за методикою Р.М. Баєвського [2]. У 22 (33,8%) студенток, які за рівнем ФА віднесені до неактивних (ведуть сидячий спосіб життя, відсутні фізичні навантаження або їзда на велосипеді), визначали динаміку показників ПФЗ та АП під впливом додаткових регулярних 1,5-годинних фітнес-тренувань аеробного характеру (3 рази в тиждень) упродовж 12-ти тижневого терміну.

**Результати дослідження.** На основі проведених досліджень встановлено, що серед дівчат 1-ї групи (фізично неактивні) найчастіше виявляється надлишкова маса тіла – у 4 (18,2%) обстежених, тоді як у студенток інших груп реєструється переважно нормальна маса тіла. Результати самооцінки стану здоров'я свідчать про те, що більшість студенток 1-ї групи вважають свій стан здоров'я задовільним (50%) або поганим (22,7%), і лише 27,3% респондентів оцінюють його як добрий. У студенток з низьким рівнем рухової активності на початку досліджень виявлялись найнижчі показники індексу ПФЗ (на рівні  $0,18 \pm 0,03$  балів проти  $0,76 \pm 0,02$  балів у дівчат з високим рівнем ФА ( $p < 0,001$ )). Показник АП виявлявся на рівні  $3,34 \pm 0,06$  балів (проти  $1,75 \pm 0,08$  балів у дівчат з високим рівнем ФА ( $p < 0,001$ )), що свідчить про незадовільну адаптацію та вказує на необхідність підвищення адаптаційних можливостей серцево-судинної системи. Після проведеного курсу оздоровчих занять танцювальної аеробіки студентки відмічали покращення загального самопочуття, у двох студенток знизилась маса тіла у середньому на 3 кг. Відмічено суттєве підвищення (у 2,1 разу) порівняно з вихідним рівнем індексу ПФЗ – до  $0,38 \pm 0,02$  балів ( $p < 0,001$ ), що свідчить про середній рівень, а також зниження АП (на 26,7%) – до  $2,45 \pm 0,07$  балів ( $p < 0,001$ ), що свідчить про кращу пристосованість до фізичних навантажень, яка досягається, однак, за рахунок функціонального напруження механізмів адаптації. Тому для досягнення оптимального ефекту і підтримання високого рівня соматичного здоров'я аеробні тренування слід продовжувати на постійній основі.

Отримані результати підтверджують той факт, що регулярна ФА з використанням великих м'язових груп, якими є будь-які аеробні тренування, поліпшує серцево-судинну адаптацію, підвищує толерантність до фізичного навантаження, витривалість і м'язову силу. У «Глобальних рекомендаціях з фізичної активності для здоров'я» (2010 р.), які сфокусовані на первинну профілактику НІЗ за допомогою ФА, зазначено, що дорослі люди у віці 18-64 років повинні приділяти ФА помірної інтенсивності не менше 150 хв у тиждень або ФА високої інтенсивності не менше 75 хв у тиждень, причому, збільшення цієї норми вдвічі принесе додаткову користь для здоров'я [4]. Важливо відзначити, що оздоровча рухова активність сприяє також розвитку економіки і суспільства загалом. За інформацією ВООЗ, відсутність належної рухової активності призводить до економічних збитків у розмірі 150–300 євро на одну особу за рік [10]. Фактичні дані свідчать про те, що такі заходи є відмінними економічними інвестиціями, тому що вони, при їх своєчасному проведенні, можуть зменшувати необхідність в дорогому лікуванні.

Професор Г.Л. Апанасенко (2013) [1] наголошує на тому, що чим потужніші та ефективніші аеробні механізми енергоутворення, які в значній мірі залежать від окисної потужності мітохондрій, тим вищі резерви енергопотенціалу біосистеми, тим вищий рівень життєздатності. Таким чином, існує «безпечний» рівень здоров'я, вище якого не визначаються ні ендогенні фактори ризику, ні маніфестні форми захворювань; при виході індивіда з «безпечної» зони здоров'я відзначається феномен «саморозвитку» патологічного процесу; при підвищенні аеробних можливостей енергоутворення відбувається зворотний розвиток ендогенних факторів ризику ішемічної хвороби серця (ІХС); повернення індивіда в «безпечну зону» здоров'я можна трактувати як «превентивну реабілітацію». Отже, є всі підстави для обґрунтування основного принципу нової концептуальної моделі індивідуальної первинної профілактики ІХС та інших НІЗ: керування здоров'ям індивіда. Усі керуючі дії повинні бути спрямовані на підвищення потужності та ефективності аеробних механізмів енергоутворення (фізичні аеробні і гіпоксичні тренування, адаптогени, деякі східні дихальні техніки та ін.).

**Висновки.** Проведеними дослідженнями встановлено, що регулярні оздоровчі аеробні тренування студенток з низьким вихідним рівнем фізичної активності, дозволяють суттєво підвищити потенціал фізичного здоров'я та адаптаційний потенціал серцево-судинної системи. Стимулювання рухової активності молоді шляхом інтенсифікації оздоровчих занять фізичними вправами належить до доступних і ефективних способів зменшення негативного впливу гіподинамії на організм та сприятиме зменшенню ризику розвитку неінфекційних захворювань, насамперед, серцево-судинних, у дорослому віці.

### Список використаної літератури

1. Апанасенко Г.Л. Санология в развитии профилактики хронических неинфекционных заболеваний. Здоров'я суспільства. 2013. № 2. С. 77-81.
2. Баевский Р.М., Берсенева А.П. Донозологическая диагностика в оценке состояния здоровья. В кн.: Валеология: диагностика, средства и практика обеспечения здоровья. СПб.: Наука, 1993. С. 33-48.
3. Всемирная организация здравоохранения / Центр СМИ / Информационные бюллетени / Неинфекционные заболевания (1 июня 2018 г.) URL: <http://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases> (дата звернення: 01.11.2018).
4. Глобальные рекомендации по физической активности для здоровья, 2010. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2010.
5. Глобальный план действий ВОЗ по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними, 2014. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2014.
6. Глобальные факторы риска для здоровья: смертность и бремя болезней, обусловленные некоторыми основными факторами риска, 2015. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2015.
7. Глобальный план действий ВОЗ по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними, 2014. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2014.

8. Доклад о ситуации в области неинфекционных заболеваний в мире, 2014. "Достижение девяти глобальных целей по НИЗ, общая ответственность". Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2014.
9. Пирогова Е.А. Совершенствование физического состояния человека. Киев, 1989. 168 с.
10. Указ Президента України «Про національну стратегію з оздоровчої рухової активності в Україні на період до 2025 року "Рухова активність – здоровий спосіб життя – здорова нація" (від 9 лютого 2016 року № 42/2016). URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/42/2016#n14> (Дата звернення 01.11.2018 р.).
11. Department of Health: The general practice physical activity questionnaire (GPPAQ): a screening tool to assess adult physical activity levels within primary care. London: Department of Health, 2009. 21 p.

Погоріляк Р.Ю., Слабкий Г.О.

## Стан здоров'я населення як важливий чинник кадрової політики

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет», медичний факультет №2, ФПОДП*

**Вступ.** Необхідною умовою для соціально-економічного розвитку країни є високий рівень громадського здоров'я населення.

Здоров'я та якість життя окремих людей і популяції у цілому визначається складним набором взаємопов'язаних факторів, тому питання щодо зміцнення здоров'я і благополуччя населення не можуть обмежуватися тільки сектором охорони здоров'я і вимагає мультисекторального підходу, а саме активної участі і залучення інших секторів суспільства на всіх етапах процесу, спрямованого на підвищення якості життя та зміцнення здоров'я [3].

На даному етапі розвитку системи охорони здоров'я проводяться системні зміни у всіх сферах життя суспільства і держави, а саме соціального, економічного та політичного, що зумовлено інтеграцією України в європейський простір. Реформи стали ключовою ознакою перетворень [1]. Всі реформи мають бути направлені на підтримання та покращення здоров'я населення. Нова європейська політика щодо здоров'я вимагає критичного перегляду існуючих механізмів управління охороною здоров'я, удосконалення політики охорони здоров'я, розвитку структур громадського здоров'я, пріоритету надання медико-санітарної допомоги, впливу на провідні чинники ризику [3].

Характерною особливістю державотворення в сучасній Україні є також якість і доступність медичної допомоги населенню країни, які залежать від рівня забезпеченості закладів охорони здоров'я медичними працівниками та їх професійного рівня, тому реалізація ефективної кадрової політики в системі охорони здоров'я є важливим інструментом [2].

Україна належить до країн Європейського регіону із незадовільними показниками здоров'я та низькими показниками середньої очікуваної тривалості життя.

**Метою** дослідження стало вивчення окремих показників стану здоров'я населення на регіональному рівні протягом 1995-2017 років.

**Матеріали та методи.** В рамках дослідження було проаналізовано ряд звітів (форми №12, 20, 21-а) Закарпатської області загалом та по її районах в динаміці протягом 1995-2017 років.

**Результати.** Протягом 1995-2017 років для досліджуваної області характерною є депопуляція, а саме: зниження загальної чисельності на 2,6%, особливо серед міського населення (на 6,5%), а також зменшення частки дитячого населення (на 62,2 тис. осіб) та осіб старших вікових груп (на 25,3 тис. осіб).

Вікова структура населення Закарпатської області характеризується позитивними рисами. Внаслідок збереження народжуваності на досить високому рівні область має низький рівень постаріння і відмічається прогресивний тип вікової структури населення на відміну від регресивного, який є характерним для України загалом.

Середній вік проживання на регіональному рівні (37 років) є нижчим як загалом по Україні (41,1 року), так і серед обидвох статей (чоловіки – 35,0 років (в Україні – 38,3 року); серед жінок – 38,8 року (в Україні – 43,5 року)).

Як показав аналіз досліджень, для Закарпатської області характерним є високий сумарний коефіцієнт народжуваності (1,4–1,5 дитини на одну жінку), переважання рівня народжуваності в сільських поселеннях, а також в передгірській та гірській ландшафтних зонах. Це може бути пов'язано із дотриманням національних традицій, релігійних вподобань та традицій дводітності, які демонструють найменші в Україні показники поширеності абортів, з удвічі нижчою за український рівень часткою позашлюбної народжуваності.

Рівень смертності на регіональному рівні є нижчим (11,5‰), ніж в Україні загалом (13,5‰), проте високим, проте значно вищим ніж по країнам Європейського союзу. Характерним є переважання смертності серед сільського населення, а також серед населення гірської ландшафтної зони (13,0‰), в порівнянні з низинною та передгірською (11,8‰ та 11,7‰ відповідно). Викликає занепокоєння переважання частки смертності серед працездатного населення на регіональному рівні (19,7%), відповідна частка по Україні -18,3%, а також в 2,5 рази переважання смертності чоловіків над жінками працездатного віку.

Як вважають вітчизняні за зарубіжні фахівці, одним з найвідчутніших індикаторів суспільно-економічного благополуччя є показник смертності дітей віком до 1 року. Якщо загальний рівень смертності в області є нижчим за узагальнений по Україні, то рівень смертності немовлят (10,8‰) викликає занепокоєння, оскільки є вищим за національний показник (7,4‰). Найвищий рівень як загальної, так і дитячої смертності відмічається в гірській місцевості, що вказує на низьку доступність та якість медичного обслуговування та нерівний доступ різних верств населення до послуг охорони здоров'я.

Незважаючи на те, що показники захворюваності та поширеності хвороб серед населення області є нижчими, ніж в цілому по Україні, характерним є їх зростання протягом досліджуваного періоду по всіх трьох зонах області, а також майже серед усіх вікових категорій. Так, частота захворювань серед дітей віком 0–14 років зросла на 9,5%, а серед підлітків – на 33,6%. Рівень поширеності хвороб у цих самих вікових категоріях зріс на 6,8%, 38,9% та 28,8% відповідно. Тільки рівень захворюваності серед старших вікових груп знизився на 20,6%, що може бути пов'язано із зменшенням звертань цієї вікової категорії до лікувально-профілактичних закладів, оскільки вже не є необхідним отримання листка непрацездатності та зростанням поширеності різноманітних методів та засобів самолікування. Дослідженням було встановлено, що найвищий рівень поширеності хвороб відмічався серед жителів низинної зони. Крім того, найбільшими темпами зростає рівень захворюваності та поширеності саме серед населення цієї зони проживання. Цілком очевидно, це може бути пов'язано із особливостями розселення, умовами проживання, організацією медичної допомоги та її доступністю.

Структура первинної та загальної захворюваності серед дорослого населення в Закарпатській області не відрізняється від такої по Україні, проте частота деяких із них (хвороби ендокринної системи, крові та кровотворних органів, систем кровообігу та травлення) перевищує загальнонаціональний показник. Це вимагає підвищеної уваги з боку медичних служб до проблем регіону.

Протягом досліджуваного періоду показник первинного виходу на інвалідність серед дорослого зменшився на 21,6%, а серед працездатного на 16,3%, проте найвищі його рівні спостерігаються у гірській зоні.

Отже, оцінка стану і тенденцій здоров'я населення є необхідною умовою для ефективної діяльності системи охорони здоров'я як основа для планування лікувально-профілактичних заходів, розробки організаційних форм і методів роботи органів і закладів охорони здоров'я, а також для контролю за ефективністю їх діяльності щодо збереження і зміцнення здоров'я населення різного віку.

Кадрова політика охорони здоров'я на регіональному рівні так само повинна формуватися з урахуванням стану здоров'я населення. Зазначені тенденції в стані здоров'я населення на регіональному рівні висувають вимоги не лише до підвищення доступності, якості та ефективності медичної допомоги шляхом розбудови і вдосконалення діяльності галузі, але і є основою для кадрових змін в галузі охорони здоров'я.

Висновки. Протягом досліджуваного періоду характерними рисами здоров'я населення на регіональному рівні є: депопуляція населення області; надсмертність чоловіків, надто високий рівень малюкової смертності, в порівнянні із національним, зростання рівня захворюваності та поширеності хвороб як серед усього населення, так і серед різних вікових груп. Дані тенденцію необхідно враховувати при розробці кадрової політики на регіональному рівні.

### **Список використаної літератури**

1. Авраменко Т. П. Державна політика щодо кадрового забезпечення сфери охорони здоров'я в умовах системних змін в Україні / Т. П. Авраменко // *Матеріали науково-практичної конференції «Завдання держави у забезпеченні ефективної кадрової політики системи охорони здоров'я»*. 2015. – Київ, 22 квітня. – С. 3–7.
2. Балуєва О. В. Пріоритетні напрями розвитку і удосконалення медичної освіти / Т. П. Авраменко // *Матеріали науково-практичної конференції «Завдання держави у забезпеченні ефективної кадрової політики системи охорони здоров'я»*. 2015. – Київ, 22 квітня. – С. 7–10.
3. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2016 рік / МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». – Київ, 2017. – 516 с.

*Сабадош М.В., Гузак О.Ю.*

## **Принцип динамічної оцінки розвитку дитини в ранньому втручанні**

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет», факультет здоров'я та фізичного виховання*

**Вступ.** З кожним роком проблеми допомоги дітям з порушеннями розвитку в Україні приділяється велика увага. Формат реабілітаційної допомоги значно змінився. В даний час зростає розуміння необхідності спеціальних навчальних умов, нормалізації життя в родині і міждисциплінарної допомоги фахівців не тільки в умовах реабілітаційних центрів, а й у звичній обстановці для дитини [3, 4].

Прогнозується тенденція до збільшення кількості захворювань і травм нервової системи, про що свідчать такі дані. В Україні налічується 30 тис. дітей, хворих на церебральний параліч. Щорічно реєструється понад 3 тис. діагнозів дитячого церебрального паралічу, виявлених вперше [7, 8].

Аналіз причин порушень основних життєво важливих функцій організму неврологічних хворих свідчить про те, що вони виникають не тільки через тяжкість патології, а й через несвоєчасне її виявлення, недостатньо раннє лікування, відсутність профілактичних заходів і недооцінку ролі функціонального відновлювального лікування [1, 2].

**Мета роботи:** проаналізувати спеціалізовану літературу щодо принципу динамічної оцінки розвитку дитини в ранньому втручанні для визначення ступеня і характеру наявних порушень, що дозволить найбільш повно і якісно будувати програму розвитку дитини.

**Матеріали та методи.** Застосовано аналіз та узагальнення літературних джерел, системний аналіз.

**Результати.** Народження дитини з порушеннями – це важке і серйозне випробування, яке глибоко зачіпає батьків. Воно змінює їх життя назавжди. Повідомлення батькам діагнозу дитини, незалежно від ступеня тяжкості порушення, часто ставить батьків в глухий кут. У батьків виникає величезна кількість питань, на які у них немає відповіді. Вони сповнені переживань при думці про те, що в їхньої дитини ніколи в житті не буде багато чого з того, що могло б бути у здорової дитини. постановка діагнозу у дитини розділяє життя сім'ї «до» і «після». Назавжди змінюється вид батьківського сприйняття своєї дитини і, часто, вид їх взаємовідносин [9].

Власне щоденні справи (рутини), такі як годування, гра, спілкування, догляд створюють основу для придбання і підтримки нових знань і умінь. Так як рутини є передбачуваними, повторюваними, функціональними, логічними і адаптуються до індивідуальних потреб дитини діями, їх використання забезпечує практику і багаторазове тренування протягом усього дня, а не однієї години заняття з фахівцем в умовах реабілітаційних центрів. Ступінь участі дитини в повсякденному житті тепер є визначальним фактором його розвитку і успішності [4].

Незаперечним також є той факт, що для оптимального розвитку дитини з порушеннями важливо створити йому хороші умови життя, максимально наближені до звичайних. Дитина повинна жити в сім'ї, ходити в звичайний дитячий сад, пізніше вчитися в школі – все це сприяє розвитку його особистості. Щоб виховати дитину з порушеннями і сприяти його розвитку відповідно до його особливостей та можливостей, необхідно створити базовий клімат, який відповідає основним потребам дитини (оточення, хороший контакт, сприйняття дитини як особистості) [9].

Сьогодні потреба в програмах раннього втручання залишається дуже високою. Це пов'язано з тим, що багато дітей з порушеннями, навіть важкими, залишаються жити в родині.

Динаміка рухового розвитку дитини від народження до 3 років надзвичайно динамічна. Тому спостереження і оцінку розвитку малюка зручно проводити відповідно до прийнятих нормативними (середніми) параметрами розвитку дитини, описуючи рухові вміння і навички, що здобуваються дитиною в кожному триместрі раннього дитинства [6, 9].

Раннє втручання базується на кількох невід'ємних один від одного принципах, які забезпечують високу ефективність технології. Одним з принципів, який ми розглянемо, є принцип динамічної оцінки.

Розкриваючи сутність принципу динамічної оцінки, не можна не зупинитися на самому понятті динаміки. Динаміка (від грец. – сила) – рух, розвиток у часі. Динаміка вивчає причини виникнення руху (розвитку). Розглядаючи процес розвитку дитини як поступальний рух вперед, ми можемо по його характеру визначити сили, які заважають або допомагають правильному розвитку [9].

Оцінюючи рівень розвитку дитини, ми визначаємо його характер руху і нам стають відомі сили, що заважають правильному розвитку дитини. Дотримуючись зворотній задачі динаміки, ми можемо прогнозувати і задавати індивідуальний шлях розвитку дитини, визначивши точки докладання зусиль і потужність медико-педагогічного впливу.

За допомогою принципу динамічної оцінки в ранньому втручанні можливо регулярне визначення ступеня і характеру наявних порушень, сильних сторін дитини і сім'ї, облік нових фактичних ресурсів, що дозволяють найбільш повно і якісно будувати програму розвитку дитини, а значить неухильно рухатися вперед. Оцінка в динаміці дозволяє швидко реагувати на зміну рівня і темпів розвитку дитини, придбання ним нових навичок, висувати нові гіпотези і ставити завдання для подальшої роботи. Тобто в процесі здійснення програми відбувається систематична оцінка розвитку дитини через певні періоди часу (2-3 місяці), проводиться аналіз роботи і її корекція з урахуванням, що з'явилися нові навички або нові потреби [5, 9].

Динамічна оцінка дозволяє більш точно визначити «зону найближчого розвитку» і «точкові» завдання розвитку. Незважаючи на те, що є загальні закономірності розвитку, кожна дитина індивідуальна та проходить свій шлях розвитку з доступною їй швидкістю.

Сутність динамічної оцінки, спрямована на визначення ефективності досягнення поставлених цілей шляхом систематичного визначення потенційних можливостей дитини та сім'ї, на своєчасне внесення коректив в індивідуальну програму розвитку, на формування нових цілей, завдань, термінів, заходів і очікуваних результатів.

**Висновки.** Ми можемо зробити висновок про те, що динамічна оцінка повинна здійснюватися з періодичністю, що відповідає темпам розвитку дитини і виникаючих нових можливостей його найближчого оточення. Необхідною умовою досягнення максимально можливого результату є обов'язкове повноцінне включення батьків і близьких, дорослих в процес розвитку дитини. Отже потреба в програмах раннього втручання на сьогодні залишається дуже високою.

#### **Список використаної літератури**

1. Алеев В.Н. Некоторые особенности больных с заболеваниями периферических нервов. – М.: Медицина, 1990. – С. 56–64.
2. Андреева В.М., Белая Н.А. Лечебная физкультура при заболеваниях и повреждениях центральной и периферической нервной системы. – М.: Медицина, 1991. – С. 83–84.
3. Вроджені вади розвитку центральної нервової системи – нагальна медико-соціологічна проблема державного значення // Укр. мед. Часопис. – 2010. – № 6. – С. 35–37.
4. Гордиенко И., Телега Т. Позиционирование и перемещение ребенка с двигательными нарушениями : К., 2015. – 32 с.
5. Епифанов В.А. Медицинская реабилитация: Руководство для врачей / Под. ред. В.А. Епифанова. – М. : МЕДпресс-информ, 2005. – 328 с.
6. Медична та соціальна реабілітація: Навчальний посібник / За заг. ред. І.Р. Мисули, Л.О. Вакуленко. – Тернопіль: ТДМУ, 2005. – 405 с.



7. Проблеми патології нервової системи в Україні та стан вітчизняної неврологічної служби на межі десятиріччя // Неврологія. – 2010. – С. 3–4.

8. Таран І. В., Валюшко Ю. Ерготерапія, як сучасний напрямок фізичної реабілітації хворих із травмами й захворюваннями нервової системи / Таран І. В., Валюшко Ю. // Теоретичні та методичні проблеми фізичної реабілітації : матеріали VI Всеукр. наук.-метод. конф. – Херсон, 2016. – С. 292–298.

9. [www.rvua.com.ua](http://www.rvua.com.ua).

Співак А.П.

### **Вплив фізичної реабілітації на якість життя хворих після хірургічного лікування туберкульозу легень**

**ДВНЗ «Ужгородський національний університет», факультет здоров'я та фізичного виховання**

**Вступ.** Лікування хворих на туберкульоз легень залишається важливою проблемою сьогодення. Оперативне лікування успішно застосовується при різноманітних захворюваннях легень. Показаннями до операції є безуспішне консервативне медикаментозне лікування та прогресування захворювання.

Аналіз медичної літератури, літератури з фізичної реабілітації та практичної діяльності лікарів-реабілітологів свідчить, що в торакальній хірургії дуже велике значення надається пошуку найбільш раціональних методів підготовки хворих до операції і швидкої реабілітації в післяопераційному періоді. Адже в період хвороби в організмі виникають нові якісні реакції, що відрізняються від нормальних фізіологічних. При захворюваннях легень вони виявляються алергією, інтоксикацією і структурними змінами в легеневій тканині, внаслідок чого порушуються дихання, нервова регуляція, процеси обміну. Фізична реабілітація осіб, які перенесли оперативне втручання, є першочерговою задачею в забезпеченні відновлення здоров'я в його найширшому розумінні.

Систематичне застосування засобів фізичної реабілітації сприяє компенсації порушених в процесі захворювання функцій організму та підвищенню його адаптаційної якості до фізичного навантаження. Лікувальна фізкультура та масаж сприятливо впливають на стан нервової системи хворих на туберкульоз: покращуються пластичність та динамічність процесів в корі головного мозку. Всі функціональні та органічні порушення серцево-судинної системи посилюють протікання туберкульозного процесу, призводять до зниження газообміну, виникненню задишки, навіть в стані покою, знижують працездатність хворого. Тому, неускладнений післяопераційний період створює умови для більш раннього та повного відновлення функцій життєвоважливих органів і систем, забезпечує швидку реабілітацію та працездатність хворих.

**Мета:** підвищення ефективності реабілітації та якості життя хворих після хірургічного лікування туберкульозу легень шляхом розробки і апробування програми фізичної реабілітації хворих цієї патології.

**Матеріали та методи.** Дослідження проводилось на базі відділення торакальної хірургії ДУ «Національний інститут фізіотрії і пульмонології імені Ф. Г. Яновського НАМН України», м. Київ.

Вивчення основних структурно-функціональних порушень в організмі хворого на туберкульоз легень після торакопластичної операції під впливом засобів фізичної реабілітації проводилося при поступанні хворих в клініку та при виписуванні на основі вивчення історій хвороб, опитування, анкетування, а також вивчення показників пульсу, кров'яного тиску, ступеню насичення крові киснем, зовнішнього дихання та даних фізичного розвитку хворих.

Для оцінки ефективності засобів фізичної реабілітації порівнювались аналогічні показники, отримані у 23 хворих на туберкульоз легень (основна група), займалися за розробленою нами методикою ЛФК та масажу, та у 17 хворих (контрольна група), займалися за звичайною методикою.

Лікувальна фізкультура та масаж призначалась хворим після повного клінічного обстеження, коли був визначений план їх обстеження. Хворі страждали різними формами туберкульозу легень з наявністю МБТ в мокротинні та без них. Тривалість занять в стаціонарі в середньому складала 2-3 місяці.

Дослідження показників гемодинаміки, зовнішнього дихання, газового складу крові, клініко-лабораторних показників проводилися за загальноприйнятою методикою.

**Результати.** При резекції легені або його долі зменшується дихальний об'єм та порушується нормальна його діяльність. Пристосувальні механізми можуть створити певне благополуччя за рахунок використання резервів, розрахованих на великі фізичні навантаження. Тому, найнеобхідніша задача в лікуванні прооперованих – як можна раніше відновити порушену функцію легені і тим самим забезпечити хворим максимальну реабілітацію та покращити якість життя.

В післяопераційному періоді відбувається подальше пристосування організму до змін, викликаних хірургічним втручанням. При цьому має значення посилення реберного діафрагмального дихання. Наявність больових відчуттів в ранньому післяопераційному періоді обмежує дихальну екскурсію грудної клітини. Це порушує вентиляційну здібність дихального апарату, знижує газообмін та гемодинаміку.

Застосовують широкий комплекс профілактичних заходів з арсеналу лікувальної фізкультури, масажу та інших видів комплексної терапії хворих на туберкульоз, які перенесли хірургічне втручання на легенях.

Завдяки застосуванню масажу та лікувальної фізкультури можна підвищити витривалість серцево-судинної системи до навантажень, підготувати хворого до операції, сприяти ліквідації виникаючих функціональних порушень.

Від реабілітації залежить відновлення працездатності. Якщо після резекції легені функція не відновилась або відновилася недостатньо, то буде знижена або відсутня працездатність. Відновленою працездатність можна вважати тоді, коли вилікуваний хворий після резекції легень займається прямо або опосередковано корисною для суспільства працею. Саме це і є основним завданням фізичної реабілітації, яка знайшла своє гідне місце в комплексному хірургічному лікуванні хворих цього профілю.

Ми досліджували частоту серцевих скорочень після стандартного фізичного навантаження та часу її відновлення у хворих основної та контрольної груп.

Проаналізувавши результати лікування хворих основної та контрольної груп, ми прийшли до висновку, що число серцевих скорочень в стані спокою та при дозованому фізичному навантаженні менше в групі хворих, які в період знаходження в стаціонарі систематично займалися лікувальною фізкультурою. Час відновлення пульсу після фізичного навантаження менше у хворих основної групи.

Також, у хворих, які займалися лікувальною фізкультурою, помітно збільшилися показники проб з затримкою дихання. Особливо тривалість паузи на вдиху у чоловіків основної групи.

У хворих на туберкульоз легень після торакопластичної операції були вивчені показники насичення артеріальної крові киснем в стані спокою, при дозованому фізичному навантаженні та під час відновлювального періоду.

Результати досліджень у хворих основної та контрольної груп показують, що в групі хворих, які займалися лікувальною фізкультурою, відсоток оксигемоглобіну в різні періоди лікування був вищим, величина його падіння після дозованого фізичного навантаження був нижчим, відновлювальний період наставав значно швидше.

Артеріальний тиск у різних груп хворих був в межах норми, в процесі занять лікувальною фізкультурою він істотним чином не змінювався.

Частота дихання після дозованого фізичного навантаження та тривалість відновлювального періоду у хворих, які систематично займалися лікувальною фізкультурою, значно зменшуються. Це досягається за рахунок економного використання дихання в спокої та особливо при дозованому фізичному навантаженні тренування серцево-судинної та дихальної систем.

Структурно-функціональні зміни м'язово-кісткового апарату, викликані торакопластичною операцією призвели до значних змін у діяльності внутрішньогрудних органів, про що свідчать рентгенографічні дані, спірографічні та електрокардіографічні дослідження хворих. У майже половини оперованих зареєстровано різної глибини функціональні порушення й низькі резерви кардіореспіраторної системи.

Виходячи з результатів дослідження у хворих основної та контрольної груп вихідні показники були однакові. Але, в групі хворих, які регулярно займалися лікувальною фізкультурою в період стаціонарного лікування, покращився хвилинний об'єм дихання не за рахунок почастішання, а за рахунок ураження дихання. У осіб контрольної групи суттєвих змін не відмічено. Таким чином, межа дихання у хворих, які систематично займалися лікувальною фізкультурою та отримували процедури з масажу в порівнянні з хворими контрольної групи підвищився.

#### **Висновки**

1. Недосконалість існуючих методів профілактики, лікування і реабілітації, подальше поширення захворювання на туберкульоз із всіма його негативними наслідками обумовлюють необхідність нового комплексного підходу до вирішення цієї проблеми.

2. Структурно-біомеханічні зміни м'язово-кісткового апарату після хірургічного втручання істотно знижують функції кардіореспіраторної системи про що свідчать спірографічні та електрокардіографічні дані. Майже у половини оперованих зареєстровано різної глибини функціональні порушення і низькі її резерви. Особливо суттєві зміни спостерігалися з боку легеневої вентиляції і дренажної функції бронхів, що може стати причиною післяопераційних ускладнень у вигляді ателектазу, бронхітів, гіпостатичної пневмонії, легенево-серцевої недостатності.

3. Фізичні вправи та масаж сприяють попередженню ряду ускладнень, які можуть розвиватися в легенях і в плевральній порожнині і вторинних деформацій грудної клітки. Результатом трофічної дії фізичних вправ є відновлення еластичності, рухливості легені. Покращення оксигенації крові при виконанні дихальних вправ покращує обмінні процеси в організмі і тканинах. Також, фізичні вправи покращуючи кровообіг і лімфообіг в легенях і плеврі, сприяють більш швидкому розсмоктуванню ексудату.

4. Застосування засобів фізичної реабілітації за умов якомога більш раннього включення у комплексне лікування запобігає ускладненням, скорочує тривалість лікування, достовірно поліпшує якість життя хворих.

#### **Список використаної літератури**

1. Вовканич А. Лікувальна фізична культура при захворюваннях дихальної системи / А. Вовканич, О. Романчик // Молода спортивна наука України. – Вип. 10. – Т. 4, № 2. – Львів: Українські технології, 2006. – С. 31–35.
2. Григус І. М. Фізична реабілітація при захворюваннях дихальної системи: [навч.-метод. посіб.] / І. М. Григус. – Львів, 2006. – 160 с.
3. Зміни функції дихання у хворих, оперованих на легенях / Б. П. Шаталюк [та ін.] // Клініч. хірургія. – 2002. – № 11–12. – С. 98–100.
4. Калмикова Ю. С. Методики лікувальної фізкультури в реабілітації хворих на туберкульоз легень / Ю. С. Калмикова, С. А. Калмиков // Харківська державна академія фізичної культури. – 2016. – № 3. – С. 28–35.
5. Опанасенко М. С. Результати хірургічного лікування туберкульозу легень в сучасних умовах / М. С. Опанасенко, О. В. Терешкович, М. І. Калениченко // Український пульмонологічний журнал. – 2015. – № 2. – С. 72–80.

6. Секела М. В. Практична торакальна хірургія. – Львів: Логос, 2003. – 315 с.
7. Canetti G. A. Treatment of multidrug-resistant tuberculosis: evidence and controversies // Int. J. Tubers. Lung Dis. – 2006. – Vol.10, № 8. – P. 829-837.
8. Comparison of oxygen up take during a conventional treadmill test and the shuttle test in chronic air flow limitation / S.J. Singh, M.D.L. Morgan, A.E. Hardman et.al. // Eur. Respir. J. – 1994. – № 7. – P. 2016–2020.

*Г.О. Слабкий, С.В. Дудник*

### **Методичні підходи до обґрунтування сучасної функціонально-організаційної системи попередження дитячої смертності в Україні**

*Державний вищий навчальний заклад «Ужгородський національний університет»  
Державна установа «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»*

**Мета.** Визначити провідні підходи до обґрунтування сучасної функціонально-організаційної системи попередження дитячої смертності.

**Матеріали та методи.** На підставі даних попередніх досліджень із застосуванням методів: аналітичного, системного аналізу, структурно-логічного аналізу, системного підходу.

**Результати та їх обговорення.** Несприятливі медико-демографічні тенденції дитячої смертності, зворотній зв'язок між наявністю детермінант та станом здоров'я дітей, прямий між детермінантами та рівнем смертності дітей, проблеми в організації та якості медичної допомоги дітям обумовлюють необхідність обґрунтування функціонально-організаційної системи попередження дитячої смертності із застосуванням комплексного міжсекторального підходу, включенням та реалізації потужної профілактичної складової (первинної (соціальної) профілактики, вторинної (медико-соціальної або донозологічної з раннім виявленням ризиків захворювань в тому числі і на основі скринінгу) та третинної профілактики (медичної: реабілітація, попередження ускладнень, інвалідності)), як провідної ланки системи, забезпеченням загального охоплення всіма основними медико-санітарними послугами дітей, удосконаленням організаційних структур надання допомоги, запровадженням методів, спрямованих на охоплення та регуляцію впливу на медико-соціальні детермінанти тощо.

**Висновки.** Сучасна функціонально-організаційна система попередження дитячої смертності має ґрунтуватись на науково-методичних підходах, направлених на зниження дитячої смертності та підвищення рівня здоров'я дітей, складові якої мають бути з доказаною ефективністю.

*Г.О. Слабкий, В.Б. Дудник*

### **Щодо питання захисту конфіденційної медичної інформації в електронній системі охорони здоров'я (eHealth)**

*Державний вищий навчальний заклад «Ужгородський національний університет»  
Національний авіаційний університет, Навчально-науковий інститут інформаційно-діагностичних систем,  
кафедра засобів захисту інформації*

**Мета.** Вивчити питання захисту інформації у впровадженій електронній системі охорони здоров'я.

**Матеріали та методи.** Діюча версія системи eHealth із застосуванням методів: аналізу та синтезу політики інформаційної безпеки; проектування, аналізу та моделювання інформаційних систем; методи захисту розподілених інформаційних ресурсів на всіх етапах життєвого циклу; системного аналізу та системного підходу.

**Результати та їх обговорення.** Впровадження в країні системи eHealth відбулось у вигляді мінімального життєздатного продукту, і включає декілька медичних інформаційних систем різних за інтерфейсом, формою організації, які повинні гарантувати безпеку, надійність обробки, зберігання, передачі медичної інформації в електронній системі, що на даний час не відповідають у повному обсязі вимогам захисту конфіденційності персональних даних та медичної інформації при тому, що повна конфіденційність гарантується низкою нормативно-правових актів держави. Стає необхідним удосконалення нормативно-правової бази у напрямі захисту інформації системи eHealth, розробки комплексної системи захисту медичної інформації із застосуванням сучасних міжнародних підходів щодо побудови захищених систем із урахуванням всіх можливих варіантів уразливості, використання чутливих даних у системі і розробки низки технічних рішень для цієї категорії даних, як найбільш вразливих і потребуючих безпеки.

**Висновки.** Медична інформація потребує високого рівня захисту даних з урахуванням кожного етапу життєвого циклу інформації, що має бути гарантовано при впровадженні повноцінної версії системи eHealth.

М.Б. Служинська

## **До питання ефективності регіональних програм профілактики інфікування ВІЛ серед чоловіків, які мають секс з чоловіками**

### **КЗ ЛОР «Львівський обласний центр громадського здоров'я»**

**Вступ.** Епідемічна ситуація в Україні характеризується високим рівнем поширення ВІЛ-інфекції і в першу чергу серед осіб, які належать до групи підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ, у тому серед чоловіків, які мають секс з чоловіками (ЧСЧ).

**Мета роботи** – вивчити та оцінити ефективність профілактичних програм ВІЛ інфікування ЧСЧ.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Україна має національну стратегію щодо подолання епідемії ВІЛ-інфекції, яка затверджена Законом України «Про затвердження Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014–2018 роки» від 20.10.2014 № 1708-VII.

Епідеміологічна ситуація в групі ЧСЧ у Львівській області є відносно стабільною. Впродовж 2011–2015 рр. кількість нових випадків ВІЛ-інфекції знаходиться на рівні 26–36 осіб за рік (6,0–8,5% від загальної кількості нових випадків). Проте за даними біоповедінкових досліджень поширеність ВІЛ-інфекції серед ЧСЧ у м. Львові не знижується, а саме: у 2011 р. складає 6,8%, у 2013 р. – 2,6%, у 2015 р. – 5,1% і в 2017 р. – 5,8%.

Основний приріст поширеності зареєстрований в віковій групі до 25 років. Відсоток ЧСЧ з позитивним результатом тестування від протестованих ЧСЧ у 2016 р. склав 0,3% (2015 р. – 4,4%; 2014 р. – 5,4%; у 2013 р. – 4,6%).

ЧСЧ є найбільш стигматизованою та важкодоступною серед основних уразливих щодо ВІЛ груп. Згідно з результатами біоповедінкових досліджень, частка ЧСЧ, які упродовж 2011–2015 років пройшли тест на ВІЛ та одержали його результат не досягає 45% (2011 р. – 34%, 2013 р. – 44%, 2015 р. – 38%). Значення показника використання презервативу під час останнього статевого контакту з чоловіком серед ЧСЧ м. Львова впродовж 2011–2015 рр. зменшується з 81% до 66%. 37% ЧСЧ знають про шляхи запобігання статевій передачі ВІЛ-інфекції та як вона не передається. За даними програмного моніторингу Альянсу (електронна база даних SYREX) охоплення ЧСЧ профілактичними послугами включно з тестуванням на ВІЛ залишається низьким (від 8,2% до 13,2%).

У 2015 р. охоплення ЧСЧ Львівської області профілактичними послугами за даними програмного моніторингу є низьким та становить лише 13,2%. Серед ЧСЧ 22% представників дозорної групи у м. Львові безкоштовно отримали презервативи, а пройшли тестування упродовж протягом останніх 12 місяців – 20%.

Для більшості ЧСЧ медичні послуги є доступними за місцем проживання. Часто при відвідуванні лікаря ЧСЧ не повідомляють йому про свою орієнтацію. ВІЛ-позитивний статус досі сприймається як стигма, саме тому ВІЛ-позитивні люди в певних ситуаціях приховують це (17% тих, хто робив тест і знає його результат, не хочуть повідомляти свій статус). Проте, знаючи свій ВІЛ-статус ЧСЧ мають доступ до програм лікування, в тому числі до безкоштовного прийому АРТ, догляду і підтримки. Значна частина ЧСЧ піклується про стан здоров'я, вони достатньо обізнані щодо інфекцій, що передаються статевим шляхом (ІПСШ) та досить регулярно відвідують лікарів, найчастіше дерматовенеролога.

КЗ ЛОР «Львівський обласний центр громадського здоров'я» спільно з БФ «Аванте» розроблено і запроваджено операційне керівництво щодо мережевого підходу для підвищення рівня охоплення профілактичними програмами ЧСЧ, а також маршрут клієнтів при виявленні ВІЛ-позитивних ЧСЧ.

БФ «Аванте» надає своїм клієнтам низку послуг з профілактики ВІЛ в 3 стаціонарних точках м. Львова, в яких працює по одному соціальному працівникові та по одному медичному працівникові. Існує адекватна система забезпечення презервативами, лубрикантами, швидкими тестами на ВІЛ та ІПСШ, а також інформаційно-просвітницькими матеріалами для ЧСЧ лише в рамках профілактичних програм, які здійснюються за рахунок коштів донорів.

Таким чином, у Львівській області активно діють програми профілактики ВІЛ серед ЧСЧ, що реалізується КЗ ЛОР «Львівський обласний центр громадського здоров'я» спільно з БФ «Аванте».

Для проведення оцінки ефективності цих заходів проведено аналіз даних щодо обстеження ЧСЧ на ВІЛ за 2013–2017 роки, виявлення серед них ВІЛ-позитивних та їх перебування під медичним спостереженням.

Встановлено, що більша кількість ЧСЧ проходить обстеження на ВІЛ і під час проведення дотестового консультування інформують медичних працівників про свою сексуальну орієнтацію. Зростання числа обстежень серед ЧСЧ з 2013 по 2017 роки не дозволяє трактувати відповідні показники, як стрімке зростання їх кількості у Львівській області. Швидше за все, це можна пов'язати зі збільшенням кількості ЧСЧ, які розкривають свою сексуальну орієнтацію перед медичними працівниками, які проводять консультування та тестування на ВІЛ.

**Висновки.** Отримані результати свідчать про формування позитивних тенденцій щодо обстеження ЧСЧ на ВІЛ, виявлення серед них ВІЛ-позитивних та їх перебування під медичним спостереженням.

## Медико-санітарна допомога та реабілітація хворих на хронічний панкреатит

Харківський національний медичний університет

**Вступ.** Надання якісної медико-санітарної допомоги та проведення реабілітаційних заходів хворим на хронічний панкреатит є важливою задачею, що стоїть перед сучасною системою організації медичної допомоги. Якісне покращення надання медичної допомоги та реабілітації хворих на хронічний панкреатит призведе до зниження показників захворюваності, смертності, тимчасової непрацездатності, інвалідності та дозволить покращити якість життя даного контингенту населення. Медична реабілітація – це комплекс лікувальних заходів, що направлені на відновлення та розвиток фізіологічних функцій хворого з метою його адаптації до нових умов, що виникли внаслідок захворювання [1]. При проведенні реабілітаційних заходів необхідно враховувати, що кількість несприятливих психічних розладів серед хворих зростає, в тому числі і серед пацієнтів з хронічним панкреатитом, серед них провідне місце займають розлади тривожно-депресивного спектру та астено-невротичною симптоматикою, що призводять до виникнення депресивного світосприйняття, що в свою чергу негативно впливає на результати лікування та проведення реабілітаційних заходів [2].

**Мета роботи** – вивчити та охарактеризувати чинники, які обумовлюють якість надання медичної допомоги та реабілітації хворих на хронічний панкреатит.

**Матеріали та методи.** Проведено соціологічне опитування хворих на хронічний панкреатит по розробленим анкетам в кількості 300 екземплярів та викопіюванню даних з медичної документації, а саме статистичних карт хворого, який вибув зі стаціонару (форма № 066/о), кількістю 358 одиниць.

**Результати.** За даними дослідження, було рекомендовано звернутися до психолога 13,0±1,9%, при цьому 87,0±1,9% опитуваних такої рекомендації не отримали. До психолога звернулись 11,3±1,8%, а 88,7±1,8% залишилися без психологічної допомоги. Покращення свого психологічного стану після роботи зі психологом відмітили 85,3±2,0% з тих, хто звернувся до нього. При цьому більшість з опитаних 52,7±2,9% має бажання та необхідність в психологічній допомозі, відповідно 47,3±2,9% визначили, що такої необхідності не мають.

**Висновки.** Виявлено недостатнє надання психологічної допомоги хворим на хронічний панкреатит, що призводить до виникнення страху за своє життя та ускладнює подальше проведення реабілітаційних заходів.

### Список використаної літератури

1. Бондаренко О. А. Современные возможности медицинской реабилитации больных хроническим панкреатитом на фоне ожирения / О. А. Бондаренко, Ф. Ю. Мухарьямов // Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н. И. Пирогова. – 2013. – Т. 8., №1. – С. 87–90.
2. Шевченко Ю. М. Клініко-психопатологічні особливості несприятливих психічних розладів у хворих на хронічний панкреатит / Ю. М. Шевченко // Український вісник психоневрології. – 2014. – Т. 22, вип. 4. – С. 118–121.

Р.А. Федорченко, О.Г. Куц

## Оцінка якості життя молоді в сучасних умовах навчання

Запорізький державний медичний університет, кафедра загальної гігієни та екології

**Вступ.** За останні роки в Україні відбулося значне якісне погіршення здоров'я школярів. Згідно з даними досліджень лише 10% випускників шкіл можуть вважатися здоровими, 40% мають різноманітну хронічну патологію [1–3]. У кожного другого учня виявлено поєднання декількох хронічних захворювань.

За період навчання у школі дітей з порушеннями опорно-рухового апарату збільшується у 1,5–2 рази, нервовими хворобами – в 2 рази. Особливо несприятлива ситуація зі здоров'ям учнів спостерігається в школах нового типу (гімназії, коледжі, ліцеї, школи з поглибленим вивченням предметів та ін.), в яких навчальний процес характеризується підвищеною інтенсивністю. До кінця року серед гімназистів у 2 рази збільшується частота гіпертонічних реакцій, а загальне число несприятливих змін артеріального тиску досягає 90%, появи підвищеної невротизації спостерігається в 55–83% учнів шкіл нового типу [2, 3].

Сучасний стан здоров'я української молоді та загальна демографічна ситуація в суспільстві свідчать, що існує реальна потреба в розвитку культури здорового способу життя різних груп населення нашої країни, в першу чергу – підростаючого покоління [4–6].

**Мета дослідження.** Провести аналіз результатів анкетування молоді, що навчається у закладах вищої освіти та школярів гімназії м.Запоріжжя відповідно до вимог стандарту «WHOQOL-BREF» [7].

**Матеріали та методи.** Проведено оцінку життєдіяльності людини відповідно до вимог стандарту «WHOQOL-BREF» з визначенням оцінки якості свого життя молоддю, оцінки задоволення станом свого здоров'я і оцінки соціального здоров'я. Критерії оцінки поділялися на негативні («дуже погано» – 1 і «погано» – 2), нейтральні («ані погано, ані добре» – 3), позитивні («добре» – 4, «дуже добре» – 5) і визначалися безпосередньо учасниками експерименту.

**Результати.** Анкета заповнювалась самостійно, інтерв'юєр надавав виключно довідково-інформаційну допомогу. Структура анкети побудована за блоковим принципом і дозволяє оцінити «як і наскільки» опитувана особа оцінює особисте здоров'я у різних аспектах (фізичне, психічне і соціальне здоров'я). Питання сформульовані таким чином, що не дозволяють опитуваному виявити «ключовий момент» і, таким чином, дати оцінку якісних показників свого здоров'я з позиції явного «поліпшення або погіршення» інформації.

Аналіз відповідей на підставі яких оцінюється якість життя та стан здоров'я показує, що істотний вплив на самопочуття школярів та на їх практичну діяльність в напрямку збереження і розвитку власного здоров'я має «самооцінка власного здоров'я». За даними анкетування доведено, що 69,9% школярів (73,3% хлопчиків і 66,6% дівчаток) дають позитивну оцінку якості свого життя; 27,3% (26,7% хлопчиків і 27,8% дівчаток) – нейтральну. Таким чином, 97,2% школярів задоволені якістю свого життя. При цьому показники у дівчаток нижче, ніж у хлопчиків.

Показники серед молоді відрізняються: тільки 67,2% молоді (75,5% чоловіків і 58,8% жінок) задоволені якістю свого життя; 27,1% (18,8% чоловіків і 35,3% жінок) дають нейтральну оцінку і 5,6% (5,3% чоловіків і 5,9% жінок) негативно оцінюють якість свого життя. Показник «задоволеності якістю свого життя» становить 94,3%, що на 3% нижче, ніж у школярів. Слід звернути увагу на той факт, що зниження оцінки «задоволеністю якістю життя» реєструється і серед чоловіків, але при цьому залишається стабільним у жінок.

Результати індивідуальної оцінки стану здоров'я серед школярів і молоді також мають відмінності. Так, 70,6% школярів (80% хлопчиків і 61,1% дівчаток) «позитивно» оцінюють стан свого здоров'я, 26,7% – «нейтрально» (20% хлопчиків і 33,3% дівчаток). Показники оцінки стану свого здоров'я серед молоді наступні: позитивну оцінку дають 75,5% (75,1% серед чоловіків і 76,4% серед жінок); нейтральну – 11,8% серед жінок; негативну – 18,4% (24,9% серед чоловіків і 11,8% серед жінок). Звертає на себе увагу негативна тенденція в оцінці стану свого здоров'я, яка реєструється серед чоловіків та відрізняється від жінок. З віком у жінок оцінка стану здоров'я стабілізується, а у чоловіків – знижується. Головна причина такої тенденції полягає в тому, що більшість чоловіків відповідно за психопатичним типом особистості, а також з огляду на гендерні стереотипи приділяють менше уваги щодо стану свого здоров'я і його підтримці, ніж жінки.

Стан здоров'я людини безпосередньо залежить від рівня усвідомлення особистістю власної відповідальності за своє здоров'я, налаштованості на його зміцнення та збереження. Важливим показником, що дозволяє оцінити відповідальність особи за стан власного здоров'я, є самооцінка або суб'єктивне оцінювання самопочуття самою людиною. Молодь зазвичай схильна до вищих оцінок власного здоров'я, порівняно зі старшим населенням. Так, за даними щорічного опитування домогосподарств, проведеного Державною службою статистики у жовтні 2017 року три чверті молодих людей віком від 14 до 30 років оцінювали своє здоров'я як добре (табл.).

Таблиця  
**Самооцінка стану здоров'я молоді України  
залежно від віку та статі, % респондентів**

| Стан здоров'я | 14–15 років |         | 16–17 років |         | 18–29 років |         |
|---------------|-------------|---------|-------------|---------|-------------|---------|
|               | хлопці      | дівчата | хлопці      | дівчата | хлопці      | дівчата |
| Добрий        | 78,6        | 80,4    | 79,8        | 80,4    | 76,3        | 74,9    |
| Задовільний   | 19,9        | 19,3    | 18,2        | 19,3    | 21,6        | 23,9    |
| Поганий       | 1,5         | 0,3     | 2           | 0,3     | 2,1         | 1,2     |

В ході оцінки «соціального здоров'я» чітко відстежується дезадаптивний характер формування соціального здоров'я серед чоловіків (-3,5%) і адаптивний серед жінок (+4,1%). Аналіз факторів, що впливають на «соціальне здоров'я» школярів і молоді показав, що серед чоловічого населення 1-е місце з «незадоволеності» займає матеріальне забезпечення (школярі задоволені тільки на 66,6%, молодь – на 62,4%); 2-е місце – доступність до інформації (школярі задоволені на 80%, молодь – на 87,4%). Дівчата вказують, що серед причин, що призводять їх до «незадоволеності», головною є «доступність вільного часу» (серед школярів – 66,7%, серед молоді – 76,5%); 2-е місце – доступність грошей (серед школярів – 83,3%, серед молоді – 88,2%).

Загальним для всіх став показник «задоволення своїм зовнішнім виглядом», який отримав третє місце, але при цьому тільки 89% школярів задоволені своїм зовнішнім виглядом, серед молоді цей показник склав 100%.

Перспективи розвитку і самого існування держави значною мірою залежать від того, як відбувається процес відтворення основи продуктивних сил – людських ресурсів. Молодь є запорукою, резервом і рушієм розвитку країн, їх сьогодення та майбутнього.

#### **Висновки**

1. У населення м.Запоріжжя у віці 15–30 років формується стійка популяція, яка адаптована до умов проживання і досить позитивно оцінює стан свого здоров'я і якість життя.

2. Показник задоволеності своїм життям серед молоді знижується на 3% у порівнянні зі школярами.

3. Звертає увагу зростання негативної тенденції в оцінці стану свого здоров'я серед чоловіків, яка становить 18,4%. У жінок «оцінка стану свого здоров'я» з віком стабілізується.

4. Популяція населення у віці 15–30 років має негативний потенціал розвитку «соціальної депресії» (потенціал 30%).

5. У віці від 15 до 17-18 років під впливом зовнішніх факторів (в тому числі, «шкільних факторів ризику») у підлітків формується «психоемоційна нестабільність», яка в подальшому може трансформуватися в соціальну депресію.

6. Виникає потреба у перегляді «шкільних технологій навчання» з переходом на сучасні технології «забезпечення здоров'я» у відповідності з вимогами Комітету ООН (Програма FRESH) з оптимізацією раціонального шкільного харчування і фізичної активності (Глобальна стратегія ВООЗ по раціону харчування, руху і здоров'я, 2013).

### **Література**

1. Павлова Ю.О. Якість життя та здоров'я дітей та молоді України / Ю.О. Павлова // Слобожанський науково-спортивний вісник. – 2015. – № 2 (46). – С. 148–153.
2. Оксютенко О.В. Здоров'я молоді – запорука нашого майбутнього / О. В. Оксютенко // Медсестринство. – 2015. – № 4. – С. 8–10.
3. Заболеваемость детей школьного возраста в условиях крупного города по данным обращаемости / Е.В. Кулакова, Е.С. Богомолова, Т.В. Бадеева, Ю.Г. Кузмичев // Медицинский альманах. – 2015. – № 2 (37). – С. 74–76.
4. Щетініна Л.В. Якість життя молоді та її вплив на освіту: якісний та кількісний виміри / Л.В. Щетініна, С.Г. Рудакова // Reporter of the Priazovskyi state technical university. – 2016. – Issue 31, Volume 1. – С. 70–76.
5. Мартинів О.М. Аналіз стану готовності студентів до здорового способу життя як показника культури здоров'я збереження / О.М. Мартинів // Науковий вісник Ужгородського національного університету. – Серія «Педагогіка. Соціальна робота». – 2013. – Вип. 28. – С. 100–103.
6. Зв'язок способу життя та фізичного розвитку сучасних міських підлітків / О.Т. Єлізарова, С.В. Гозак, Т.В. Станкевич, А.М. Парац // Довкілля та здоров'я. – 2018. – № 3 (88). – С. 67–70.
7. Краткий опросник ВОЗ для оценки качества жизни «WHOQOL-BREF». – Режим доступа: [www.who.int/substance\\_abuse/.../russian\\_whoqol.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/.../russian_whoqol.pdf).

*Чапляк А.П., Романів О.П., Надь Б.Я.*

## **Проблеми профілактики тютюнопаління серед підлітків**

**ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород**

**Вступ.** На думку фахівців Всесвітньої організації охорони здоров'я, «хвороби, які пов'язані з тютюном, є найбільшою загрозою для системи громадського здоров'я, з якими коли-небудь зустрівся світ». Згідно з їхніми оцінками, від захворювань, пов'язаних з тютюном, помирає близько шести мільйонів осіб на рік, а при збереженні поточного стану, до 2030 року ця цифра може збільшитися до 8 мільйонів [2].

Найбільш поширеною формою тютюнопаління, як серед дорослого населення, так і серед осіб молодого віку, є куріння. На даний час, налічується понад 1 млрд курців [3].

Пандемічне поширення куріння призвело до необхідності розробки комплексних, ефективних і всепоглинаючих заходів щодо запобігання і скорочення подальшого поширення тютюнопаління, що, у свою чергу призвело до створення Рамкової конвенції ВООЗ із боротьби проти тютюну, яку уряд України ратифікував 15 березня 2006 року, і комплексу заходів MPOWER.

Але, не дивлячись на значні успіхи в боротьбі з тютюновою епідемією, досягнуті в останні роки, як і раніше нагальною є проблема куріння серед осіб молодого віку. Масштаби поширення цього явища серед молоді, агресивна і, часто, успішна стратегія тютюнових компаній щодо популяризації куріння серед дівчат, жінок і молоді, а так само все більш раннє залучення до паління, викликають серйозну заклопотаність усієї світової спільноти.

**Мета роботи:** оцінити поширеність тютюнопаління серед підлітків та проблеми щодо його профілактики.

**Матеріали та методи.** Виконано аналіз статистичних даних, які стосуються поширеності куріння серед молоді, огляд спеціалізованих видань, статей та книг.

**Результати.** За даними ВООЗ, вже у віці від 13 до 15 років, щонайменше, кожен десятий підліток вживає тютюн, хоча є регіони, де цей показник значно вищий [2]. В Україні 30% опитаних підлітків пробували коли-небудь курити. Загалом 16% студентів та учнів повідомили, що палять. 7% учнівської молоді перейшли від спроб до звички палити кожен день, серед яких 46,2% є студентами професійно-технічних навчальних закладів [5].

В останні роки все більшої популярності в молодіжному середовищі набувають інші види тютюнових виробів, такі як курильні суміші (спайси та ін.), електронні парогенератори, а також, так званий, бездимний тютюн. Багато з цих тютюнових виробів позиціонуються виробниками як менш шкідлива та більш практична альтернатива палінню, а також як засоби, які сприяють або полегшують процес відмови від куріння. Проте, вживання подібних тютюнових продуктів, не є більш безпечним, а іноді пов'язане з ще більшими ризиками особливо у молодому віці, коли організм ще не сформований.

Серйозну заклопотаність у даний час викликає активне вживання серед підлітків (14–18 років) курильних сумішей. Наявність в їх складі синтетичних канабіноїдів та інших ПАР, чинить серйозний комплексний негативний вплив на організм, і в першу чергу на ЦНС, сприяє досить швидкому розвитку наркотичної залежності.

Небезпека використання, електронних систем куріння (електронних сигарет/електронних парогенераторів), які отримали в останні роки особливої популярності в молодіжному середовищі, пов'язана, не лише з високою ймовірністю розвитку нікотинової залежності, а й з ризиком отруєння нікотином (в наслідок неправильно підібраної суміші для заправки картриджа чи неконтрольованого «пускання диму»), що особливо часто спостерігається серед підлітків.

Використання тютюнових виробів у цьому віці, як правило, характеризується епізодичністю, безсистемністю, невеликим стажем та інтенсивністю, і, найчастіше, відсутністю ніотинової залежності. У зв'язку з цим, більшість негативних змін, обумовлених палінням, є зворотними. Але саме зворотність цих змін обумовлює особливу важливість їх корекції на даному етапі, оскільки, посилюючись під впливом інших негативних факторів (стрес, навантаження під час навчання, несприятлива екологічна обстановка та ін.), вони можуть призводити до розвитку більш серйозних порушень і, в кінцевому підсумку, до захворювання. Тому відповідно до рекомендацій програми щодо зниження споживання тютюну ВООЗ, поряд з первинною профілактикою, не менш важливою вважається вторинна – медикаментозна лікувально-профілактична корекція порушень, обумовлених курінням.

Необхідність медикаментозної допомоги при відмові від вживання тютюну пов'язана з тим, що навіть у підлітків з невеликим стажем куріння (0,5–2 роки) мають місце зумовлені ним фізіологічні порушення. Окрім того, у частини підлітків-курців вже є сформована потреба в допомозі для відмови від куріння, яка пояснюється низькою ефективністю самостійних спроб кинути палити. Це, в свою чергу, пов'язано зі слабкою мотивацією і розвитком тютюнової залежності.

У той же час, більшість лікарських і профілактичних засобів, а також методів лікування нікотинозалежних орієнтовані на дорослий контингент курців, які мають значний стаж, інтенсивність тютюнопаління і, як правило, фізичну нікотинову залежність. У разі підліткового куріння метаболічні зміни, викликані впливом компонентів тютюну і, в першу чергу, нікотину, як правило, не носять характеру фізичної залежності. Тому застосування деяких препаратів (наприклад, антидепресантів, засобів нікотин-замісної терапії) в більшості випадків є не обґрунтованим або небажаним. При розробці антинікотинових засобів для молодіжного контингенту, слід орієнтуватися на більш «м'яку» корекцію основних патологічних станів (гіпоксія, гіпоергоз, дизелементози та ін.) Без застосування препаратів, що містять нікотин або споріднені з ним алкалоїди.

**Висновки.** У комплексі з заходами щодо зміцнення здорових звичок серед підлітків, здійснення заходів, спрямованих на те, щоб надійно захистити молодих людей від ризиків для здоров'я, матиме велике значення для запобігання проблем зі здоров'ям протягом дорослого періоду, а також для майбутнього медико-санітарного та соціального стану країни.

Вживання у підлітковому та молодому віці різних видів тютюнових виробів (у тому числі легальних), сприяє формуванню стереотипів поведінки, які чинять негативний вплив на здоров'я, як в найближчій перспективі, так і протягом усього життя. Тобто, приймаючи до уваги фізіологічні та психологічні особливості підліткового віку (підлітковий конформізм, прагнення до наслідування, необ'єктивне ставлення до свого здоров'я та ін.), а також спектр патологічних змін, які викликаються впливом нікотину, даний період можна охарактеризувати як критичний для придбання первинного досвіду тютюнопаління і формування нікотинової залежності. Під час аналізу також було знайдено дослідження, котрі говорять, що приблизно 80% дорослих курців розпочинають палити у віці до 18 років [1].

Таким чином, ефективність профілактики (як первинної, так і вторинної), в разі підліткового паління, багато в чому залежить від вибору адекватних засобів і методів корекції порушень, обумовлених споживанням тютюну. Крім того, послідовне і комплексне проведення заходів і програм щодо зниженню паління серед населення в цілому (в тому числі, обмеження або заборони на вживання окремих видів тютюнової продукції, проведення антинікотинової освітньо-просвітницької профілактичної роботи серед студентів та учнів), а також популяризація стереотипу здорового способу життя, сприятиме зміцненню здоров'я в загальнонаціональному масштабі, як в найближчій, так і у віддаленій перспективі.

### Список літератури

1. Warren CW1, Lee J, Lea V, Goding A, O'Hara B, Carlberg M, Asma S, McKenna M. Evolution of the Global Tobacco Surveillance System (GTSS) 1998–2008. 2009.
2. World Health Organization: Stepped up government tax action needed to curb tobacco epidemic, 2015. – [who.int/mediacentre/news/releases/2015/taxing-tobacco-products/en](http://who.int/mediacentre/news/releases/2015/taxing-tobacco-products/en).
3. World Health Statistics 2016: Monitoring health for the Sustainable Development Goals (SDGs). Nonserial Publ, 2016. – [apps.who.int/iris/bitstream/10665/206498/1/9789241565264\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/206498/1/9789241565264_eng.pdf).
4. Динаміка поширеності тютюнопаління серед підлітків (за результатами Глобального опитування підлітків 2005 і 2011 років) / О. В. Добрянська, Н. С. Полька, О. В. Бердник [та ін.] // Гігієна населених місць. – 2012. – № 59. – С. 262–266.
5. Показники та соціальний контекст формування здоров'я підлітків: моногр. / О.М. Балакірева, Т.В. Бондар, Д.М. Павлова та ін.; наук. ред. О.М. Балакірева. – К.: ЮНІСЕФ, Укр. ін-т соц. дослідж. ім. О. Яременка. – К., 2014. – С. 94–97.
6. Поширеність тютюнопаління серед підлітків України (за результатами глобального опитування підлітків 2011 р.) / Н. М. Полька, О. В. Бердник, О. В. Добрянська [та ін.] // Довкілля і здоров'я. – 2013. – № 3. – С. 57–61.
7. Рамкова конвенція Всесвітньої організації охорони здоров'я із боротьби проти тютюну – [www.zakon0.rada.gov.ua/laws/show/897\\_001](http://www.zakon0.rada.gov.ua/laws/show/897_001).
8. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2012 рік / за ред. Р. В. Богатирьової. – К., 2013. – 464 с.



## Споживання алкоголю підлітками як актуальна проблема системи громадського здоров'я

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород

**Вступ.** У наш час алкоголь є наркотичною речовиною широкого застосування, а також невід'ємною частиною соціального, культурного та економічного життя. У 2012 році в Україні померло близько 1,3 млн підлітків, у більшості випадків причини цих смертей можна було попередити. Згідно даним інформаційної системи ВООЗ (травень 2014 р., №345) пияцтво підлітків – першочергова причина травм, насильства і передчасної смерті серед цієї вікової групи. Україна є абсолютним лідером серед 40 країн Європи за кількістю підлітків, які вживають алкоголь, особливо слабоалкогольні напої. З 1993 по 2003 рр. кількість підлітків (15–16 років), які перенесли алкогольний психоз, збільшилася більш ніж у 3 рази, молодих людей (17–19 років) – майже у 8 разів. Серед тих, котрі вернулися за допомогою до наркологів у 15–20% випадків діагностовано пивний алкоголізм. Поряд з цим, приблизно кожна п'ята українська торгова точка продає алкоголь неповнолітнім особам (за даними результатів Всеукраїнської акції «Відповідальність починається з мене»).

**Мета роботи:** комплексне вивчення проблеми пивної алкоголізації підлітків.

**Матеріали та методи.** Використано бібліосемантичний, соціологічний та медико-статистичний методи дослідження. Створено 1 електронну анонімну анкету у форматі Google Forms (в анкеті проводилося опитування щодо визначення рівня знань про проблему пивного алкоголізму, оцінювалися масштаби та причини вживання підлітками пива), за допомогою якої було опитано 112 школярів у віці 13–17 років в одній з загальноосвітніх шкіл міста Дрогобич Львівської області.

**Результати.** Аналіз інформованості підлітків про пивну алкоголізацію встановив, що переважна більшість респондентів усвідомлюють, що пиво є шкідливим напоєм (88% опитаних), що соціалізація в компанії однолітків є провідним пусковим фактором старту пивної алкоголізації (81%), що можливе виникнення залежності від пива (78%), а також про шкідливість вживання пива як алкогольного напою неповнолітніми (77%).

У той же час необхідно відзначити істотну недостатність знання підлітків про швидкість виникнення пивної залежності: двоє з кожних п'яти опитаних (37%) вважають, що алкогольна залежність формується після щоденного вживання пива на протязі багатьох років, ще двоє (41%) не знають, чи вірне вищенаведене твердження. Майже кожен третій опитаний (32%) вважає, що припинити вживати пиво можна у будь-який момент, ще 36% респондентів не знають, чи легко позбутися такої звички. Той факт, що майже половина підлітків (47%) вважає, що пиво при бажанні можна придбати кожному, підтверджує дані про системне порушення Закону України «Про державне регулювання виробництва і обігу спирту етилового, коньячного і плодового, алкогольних напоїв та тютюнових виробів», який забороняє продаж пива та тютюнових виробів неповнолітнім. Кожен другий опитаний (48%) не задумувався про ймовірні наслідки вживання алкогольних напоїв, хоча 18% з цієї групи визнали, що вживають їх.

Для визначення ставлення підлітків до вживання пива у суспільстві було поставлено питання, яке стосувалося їхньої думки про прийнятну частоту вживання алкогольних напоїв. Встановлено, що кожен четвертий респондент толерантно ставиться до щоденного (10%, з яких юнаки вдвічі частіше за дівчат) або щотижневого (5%, з них частіше юнаки) споживання алкоголю іншими людьми. Однак лише 9,3% респондентів не проти (лише юнаки), щоб їхні діти вживали алкоголь.

Аналіз ступеня залучення підлітків до вживання пива встановив, що сім з десяти опитаних (71%) пробували пиво, один з десяти – у віці до 10 років (12%). Старт алкоголізації юнаків відбувається ймовірно раніше, ніж дівчат. Кожен четвертий підліток (26%) вказав, що періодично вживає пиво; 8% опитаних визнали, що вони це роблять частіше, ніж 1 раз на тиждень. З тих, хто вживає алкоголь, 29% визнають, що не можуть від нього відмовитися, інші вважають, що можуть це зробити, якщо на це буде вагома причина.

Визначено, що сім'я є одним з ключових чинників, який визначає ставлення підлітків до алкоголю. Але, на жаль, цей фактор частіше виступає в ролі спонукального, а не стримуючого. Це є наслідком переконаності значної частини дорослого населення в безпеці і навіть користі пива для здоров'я. Так, за даними дослідження третина респондентів з тих, хто пробував пиво (32%), зазначають, що це зробити їм вперше запропонували батьки, найчастіше – на святковому застіллі. Близько половини сімей (44%) дозволяє дітям вживати легкі спиртні напої «у свята», чим власне сприяє звиканню дітей до алкоголю.

Необхідно підкреслити, що дівчатам батьки дозволяють легкі алкогольні напої вдвічі частіше, ніж юнакам, а юнакам у 8 разів батьки частіше, аніж дівчат, батьки частіше попереджають про ймовірні наслідки вживання спиртних напоїв. Мабуть, це пов'язано з більшою боязню батьків хлопчиків, оскільки їхні тривоги спричинені знанням того, що чоловічий алкоголізм більш поширений, аніж жіночий. Але при дослідженні наслідків, які спричинені вживанням спиртних напоїв дівчата частіше, ніж юнаки відзначали, що потрапляли в ситуації пояснення з працівниками міліції (4% з усіх опитаних дівчат), вчителями, соціальними педагогами (17%). Переважна більшість підлітків (73%) відзначили, що в їхній родині вживають алкогольні напої, з них майже половина сімей (42%) – частіше одного разу на місяць.

**Висновки.** Проведене опитування підкреслило гостроту та актуальність проблеми поширення пропаганди алкогольних напоїв та самої алкоголізації серед українського суспільства в цілому і в першу чергу – молодих юнаків та дівчат. У результаті роботи виявлено: значний масштаб вживання пива у віковій категорії 13-17 років і неусвідомлено нездорову поведінку підлітків на тлі недостатньої інформованості молоді про проблему пивного алкоголізму. Визначено

основні фактори, котрі негативно впливають на ситуацію, яка склалася, серед яких на мікрорівні: толерантне ставлення сім'ї до алкоголізації підлітків, культурні традиції спілкування в компанії; на макрорівні: недостатній контроль виконання законодавства України в частині заборони продажу спиртних напоїв неповнолітнім; агресивна реклама пива, дії якої з усіх вікових груп найбільш піддаються підлітки, і відсутність єдиної комплексної національної довгострокової програми з подолання ситуації, яка склалася та формування нової культури здорового способу життя.

### **Список літератури**

1. World Health Organisation: Global status report on alcohol and health 2014, [www.who.int/substance\\_abuse/publications/global\\_alcohol\\_report/msb\\_gsr\\_2014\\_1.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msb_gsr_2014_1.pdf).
2. Ваисов С.Б. Наркотическая и алкогольная зависимость. Практическое руководство по реабилитации детей и подростков. – СПб.: Наука и Техника, 2008. – 272 с.
3. Ваннек Л. М. Алкоголізм в Україні – хвороба, явище чи мор? / Л. М. Ваннек // Радіо Свобода. – 2014.
4. Децик О.З., Карпинець І.М., Курманська Л.Г. Організація заходів профілактики алкогольної залежності лікарями загальної практики/сімейної медицини: Методичні рекомендації. – Київ: ДУ «Український центр наукової медичної інформації та патентно-ліцензійної роботи МОЗ України», 2012. – 29 с.
5. Рівень поширення і тенденції вживання тютюну, малкогольних напоїв, наркотичних речовин серед учнівської молоді України: 2011 // О. М. Балакірева, Т. В. Бондар, Ю. П. Галіч [та ін.]. – К.: ТОВ ВПК «ОБНО-ВА», 2013. – 176 с.
6. Хрещатик. – 2014. – №135 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : [kreschatic.kiev.ua/ua/4535/art/1410980038.html](http://kreschatic.kiev.ua/ua/4535/art/1410980038.html).
7. Ягодинський В. В. Профілактика негативних явищ серед учнівської та студентської молоді / В. В. Ягодинський. – К.: Видавництво європейського університету, 2013. – 168 с.

*В.І. Чебан*

## **Методичні підходи до проблеми управління якістю медичної допомоги в системі охорони здоров'я**

### **Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет»**

**Вступ.** Якісне медичне обслуговування – це обслуговування, при якому ресурси спрямовані таким чином, щоб з максимальною ефективністю і безпечністю задовольняти медико-санітарні потреби тих, хто найбільш усього потребує допомоги, проводити профілактику і лікування без непотрібних витрат і відповідно до вимог найвищого рівня (ВООЗ, 2008).

Якість – це багатовимірне поняття, що має різні підходи до його визначення, в якій сукупність власних характеристик продукції (послуги) відповідає вимогам.

**Мета роботи** – вивчити та проаналізувати семантичні та термінологічні складові технологій оцінки якості, що можуть бути використані при аналізі та характеристиці громадського здоров'я та в цілісній системі охорони здоров'я.

**Матеріали та методи.** При проведенні дослідження використано матеріали джерел науково-інформаційного потоку зазначеного наукового напрямку.

Використано статистичний та бібліосемантичний методи.

**Результати та обговорення.** У ході дослідження встановлено, що «Концепція управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року» містить положення зазначеної проблеми і на сучасному етапі розвитку системи охорони здоров'я якість медичної допомоги (ЯМД) – одна з основних цільових функцій і водночас критерій діяльності системи охорони здоров'я від нижньої її ланки – лікувально-профілактичного закладу до верхньої – Міністерства охорони здоров'я України [1, 2]. Проте, функція керівника структурного підрозділу щодо оцінювання якості медичних послуг є складною й потребує чіткої орієнтації та знань у термінологічній і семантичній характеристиці аналітичного процесу оцінки якості. Нагальною та особливо актуальною є проблема ЯМД для керівника закладу охорони здоров'я, складовими частинами якої є:

- досягнення очікуваних результатів надання медичної допомоги пацієнтам з наступним поліпшенням стану здоров'я населення на території діяльності закладу;
- оптимальний обсяг використання ресурсів (людських, матеріально-технічних, технологічних, фінансових, інформаційних) за умови досягнення очікуваних результатів;
- кваліфікований персонал;
- постійне удосконалення лікувально-діагностичних та профілактичних заходів, пошук нових шляхів раціонального використання ресурсів;
- відсутність дефектів (невідповідностей) при наданні медичної допомоги;
- задоволеність пацієнтів медичною допомогою, отриманою в закладі охорони здоров'я, співробітників – професійною діяльністю;
- задоволеність керівництва вищого рівня, суспільства, держави діяльністю ввіреного закладу охорони здоров'я.

При дотриманні всіх зазначених складових частин ЯМД (та належного їх виконання) можна стверджувати, що керівник вміє управляти якістю медичної допомоги. Також доцільно враховувати такі характеристики, як:

1) структурна якість, тобто умови надання медичної допомоги;  
2) якість технології, при оцінці якої визначають оптимальність набору лікувально-діагностичних заходів, стосовно конкретного хворого;

3) якість результату – коли оцінюється співвідношення фактично досягнутих і запланованих результатів.

Якість структури – це сума компонентів якості медичної допомоги, що описують умови її надання.

У поняття «умови» включають: кваліфікацію кадрів; наявність і стан устаткування; раціональність використання устаткування; стан будинків і приміщень; лікарське забезпечення в медичній установі; наявність і поповнення видаткових матеріалів тощо.

Структурна якість може визначатися як стосовно медичної установи в цілому, з його матеріально – технічною базою, кадровим забезпеченням, організацією роботи, сервісними умовами (у цьому випадку йдеться про можливість ЛПУ надавати медичні послуги належного рівня), так і кожного медичного працівника окремо.

Якість структури забезпечує: обмін необхідною інформацією для зовнішніх і внутрішніх зв'язків медичної установи з використанням сучасних інформаційних технологій; доступ пацієнтів і громадян до інформації, яка дасть їм змогу брати участь у вирішенні питань, що стосуються їхнього здоров'я та медичного обслуговування. Також важливо використовувати й інші загальновідомі категорії в оцінці ЯМД, а саме:

Клінічні рекомендації – це твердження, які розроблені на основі визначеної методології, мають за мету допомогти лікарю і пацієнту у прийнятті рішення щодо надання раціональної медичної допомоги у різних клінічних випадках.

Клінічні протоколи – це технічні нормативно-правові акти щодо вимог надання медичної допомоги хворому при певному захворюванні.

Якість процесу – це сума компонентів якості медичної допомоги, що описує наскільки комплекс лікувально-діагностичних заходів, проведених конкретному хворому, був оптимальний.

Якість результату – це сума компонентів якості медичної допомоги, що описує відношення фактично досягнутих результатів з реально досяжними (планованими). У залежності від оцінюваного об'єкта під планованими результатами можна розуміти динаміку стану здоров'я конкретного пацієнта; результати лікування усіх хворих в ЛПУ за звітний період; стан здоров'я населення на певній території.

Модель кінцевих результатів (МКР) – це узагальнений якісний показник, що характеризує ефективність діяльності та дефекти в роботі лікувально-профілактичного закладу: показники результативності (ПР) і показники дефектів (ПД); нормативні значення (НЗ) показників; шкалу оцінки досягнутих результатів.

Показники результативності (ПР) – максимально відображають кінцевий результат (розповсюдженість окремих захворювань, смертність, відновлення працездатності, рівень якості лікування та ін.). Ними можна визначити ступінь досягнення цілей колективом і виконання основних функцій

Показники дефектів (ПД) нормативних значень не мають, оскільки повинні дорівнювати нулю (наприклад – наявність занедбаних випадків соціально значущих захворювань; випадків раптової смерті осіб, які не знаходилися під спостереженням лікарів; обґрунтовані скарги та ін.). Враховуються грубі порушення в роботі медичних установ. ПД вимірюють у відносних і абсолютних величинах.

Безпосередній процес управління якістю містить і такі компоненти, як: оцінка і контроль, постійне поліпшення, забезпечення якості. Факти низької якості медичної допомоги відмічені у всіх країнах світу, разом з тим, низька якість найбільш характерна для країн з перехідною економікою. Загальною практикою в розвинених національних системах охорони здоров'я є вимірювання якості медичної допомоги за допомогою індикаторів [3]. Мета запровадження клінічних індикаторів якості:

– безперервне поліпшення якості медичної допомоги, скорочення небажаних змін якості в сфері медичного обслуговування;

- допомога в прийнятті рішень з медичної практики;
- запобігання непотрібним клінічним заходам та непотрібним витратам;
- забезпечення об'єктивної і кількісної оцінки клінічної ефективності і рентабельності медичної допомоги;
- обґрунтування ефективного використання ресурсів з урахуванням очікувань пацієнтів;
- сприяння внутрішньому управлінню якістю ЗОЗ та зовнішній гарантії якості управління охорони здоров'я;
- оцінка досягнення рівня медичної допомоги, визначеного стандартом, протоколом медичної допомоги.

**Висновок.** Знання окремих термінів та змісту клінічних індикаторів якості, дозволить керівнику медичної установи оперативніше приймати рішення та визначати адекватні методичні підходи за розділом управління якістю медичних послуг та медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні.

### **Література:**

1. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я». № 2802-XII від 19.11.1992; ВВР 1993 № 4 ст. 20.
2. Наказ МОЗ України № 752 від 28.09.2012 «Про порядок контролю якості медичної допомоги».
3. Наказ МОЗ України № 69 від 05.02.2016 «Про організацію клініко-експертної оцінки якості надання медичної допомоги та медичного обслуговування».

*Примітка.* У статтях та матеріалах конференції збережено орфографію, пунктуацію та стилістику авторів.

**ДО ВІДОМА КЕРІВНИКІВ ОРГАНІВ І ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**

Відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 04.05.1993 р. №326 «Про концепцію побудови національної статистики України та Державну програму переходу на міжнародну систему обліку і статистики», рекомендації ВООЗ та наказу МОЗ України від 08.10.1998 р. №297 «Про перехід органів і закладів охорони здоров'я України на Міжнародну статистичну класифікацію хвороб і споріднених проблем охорони здоров'я десятого перегляду», у галузі охорони здоров'я використовується Міжнародна класифікація десятого перегляду (МКХ-10).

МКХ-10 підготовлено і видано Українським інститутом громадського здоров'я (тепер – ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України») (1998 р.) українською мовою, видання містить уточнення, які не порушують міжнародного статистичного зіставлення.

Оскільки ще не всі медичні заклади та підрозділи мають МКХ-10 і досі користуються МКХ-9, що вносить плутанину у статистичну облікову документацію щодо переліку діагнозів та синдромів захворювання, ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України» пропонує придбати видання МКХ-10 (3 томи).

Довідки та замовлення за телефонами: (44) 576-41-19, 576-41-48.

***В.о. директора***

***ДУ «Український інститут***

***стратегічних досліджень***

***Міністерства охорони здоров'я України»***

***П.С. Мельник***

**РЕДАКЦІЯ ЖУРНАЛУ «ЕКОНОМІКА І ПРАВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я»  
ЗАПРОШУЄ АВТОРІВ ДО АКТИВНОЇ СПІВПРАЦІ!**

**Тематична спрямованість журналу:** міжнародний досвід розвитку економіки та права охорони здоров'я, економіка охорони здоров'я, медичне право, розвиток ресурсної бази охорони здоров'я тощо.

До редакції (за адресою: *м. Київ, 02099, пров. Волго-Донський, 3, отримувач ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»*) подаються роботи, що **раніше ніде не друкувалися, не направлялися для опублікування в інші друковані видання**, не мають інформації, що становить державну таємницю: оригінальні статті, огляди літератури, короткі повідомлення, рецензії, реферати, інформація про роботу з'їздів, конференцій, симпозіумів, нарад, семінарів та інших наукових, науково-практичних і практичних заходів, а також рекламний матеріал (корпоративна інформація).

**Правила подання матеріалу для опублікування:**

• **Структура матеріалу:** *вступ (стан проблеми за даними літератури); мета, основні завдання та методи дослідження; основна частина (висвітлення статистично опрацьованих результатів дослідження); висновки; перспективи подальшого розвитку в даному напрямку; список літератури, резюме.*

• Стаття має супроводжуватись **офіційним направленням** (супровідним листом), **гарантійним листом про оплату публікації, експертним висновком** (внутрішньою рецензією установи, в якій була виконана дана робота) та **рецензією** з візою керівництва (наукового керівника), і завіреною круглою печаткою установи. Експертний висновок, внутрішня рецензія та заява надаються у друкованому вигляді з підписами авторів. Додатково – на електронну адресу як відскановані документи. Рукописи, що не відповідають цій вимозі, повертаються авторам.

• На останній сторінці статті мають бути власноручні підписи всіх авторів, а також **авторська довідка:** *прізвище, ім'я та по батькові (повністю)*, науковий ступінь, вчене звання, посада, установа, поштова та електронна адреси, номери телефонів.

• Авторський текстовий оригінал має складатися з двох примірників українською або російською мовою:

– тексту (обсяг статей, у тому числі рисунків, таблиць, списку літератури, резюме, має становити до 8–10 с., оглядів літератури, лекцій – до 15 с., рецензій – до 4 с., повідомлень, листів до редакції – до 3 с.);

– списку літератури (якщо в статті є посилання, – до 15–18 літературних джерел, в оглядах – до 50);

– таблиць;

– рисунків (не більше ніж 4) і підписів до них;

– резюме (українською, російською та англійською мовами).

• Текст статті має набиратися на комп'ютері в програмі Word, зберігатися у форматі.rtf і подаватися в роздрукованому та електронному варіантах (на диску або електронною поштою – e-mail: **s.nauka@ukr.net**). Шрифт – 12 пунктів, міжрядковий інтервал – 1,5, розміри берегів (полів):

ліве, верхнє, нижнє – 25 мм, праве – 15 мм. Сторінки мають нумеруватися у правому нижньому кутку. Ілюстрації (діаграми, графіки, схеми) мають будуватися в програмах Word або Excel та у вигляді окремих файлів і разом із текстовим файлом подаватися на диску. **Обсяг однієї сторінки – не більше 40 рядків.**

- На першій сторінці зазначаються: індекс УДК ліворуч, ініціали та прізвища авторів, назва статті, назва установи, де працюють автори, місто, країна.

- Бібліографія має включати наукові роботи переважно за останні 7 років, оформлятися згідно з **ДСТУ**, подаватися відразу за текстом. Автори згадуються за абеткою – спочатку праці вітчизняних авторів, опубліковані російською чи українською мовою, далі – іноземних авторів, опубліковані іноземною мовою.

- Посилання в тексті мають позначатися цифрами у квадратних дужках і відповідати нумерації у списку літератури. Скорочення слів та їх поєднань приводять згідно з ДСТУ 3582–97 «Скорочення слів в українській мові у бібліографічному описі. Загальні вимоги та правила».

- Кількість ілюстрацій (рисунок, схеми, діаграми) має бути мінімальною. Таблиці і рисунки вміщуються у текст статті зразу після першого посилання на них. У підписі до рисунка наводиться його назва, пояснення всіх умовних позначень (цифр, букв, кривих тощо). Таблиці повинні бути компактними, пронумерованими, мати назву. Номери таблиць, їх заголовки та цифрові дані, оброблені статистично, мають точно відповідати наведеним у тексті. Формули виконуються в редакторі формул Microsoft Equation 3.0.

- Позначки різних мір, одиниці фізичних величин, результати клінічних і лабораторних досліджень наводяться відповідно до Міжнародної системи одиниць (СІ), медичні терміни – згідно з Міжнародною анатомічною та Міжнародною гістологічною номенклатурами, назви захворювань – за Міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду, лікарські засоби – за Державною Фармакопеею (Х, ХІ). Назви фірм і апаратів зазначаються в оригінальній транскрипції.

- Скорочення в тексті слів, імен, термінів (крім загальновідомих) не допускається. Абревіатура розшифровується після першого згадування і не змінюється протягом усього тексту.

- У резюме вказуються: назва статті, прізвища та ініціали авторів, установа, мета, матеріали і методи, результати, висновки, ключові слова; при цьому обсяг кожного резюме має становити 175 слів (у т.ч. назва, автори, установа); у резюме не подаються абревіатури, зноски та посилання. Резюме подається українською, російською та англійською мовами. **Звертаємо вашу увагу на якість перекладу резюме англійською мовою.**

- Відповідальність за вірогідність та оригінальність поданих матеріалів (фактів, цитат, прізвищ, імен, результатів досліджень тощо) покладається на авторів. Статті, оформлені без дотримання правил, не розглядаються і не повертаються авторам.

- Редакція забезпечує рецензування статей, виконує спеціальне та літературне редагування, залишає за собою право скорочувати обсяг статей. Відмова авторам в опублікуванні статей може бути без пояснення її причини і не вважатиметься негативним висновком стосовно наукової та практичної значущості роботи.

**Редакційна рада**