



МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ДВНЗ «УЖГОРОДСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»
ЖИТОМИРСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ ІНСТИТУТ
ЖИТОМИРСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ

**АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ
ПІДГОТОВКИ ТА НАУКОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ
МАГІСТРІВ ГАЛУЗІ ЗНАНЬ
«ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я»**

**МАТЕРІАЛИ ІV ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ
КОНФЕРЕНЦІЇ З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ**

24 листопада 2023 року

Ужгород - Житомир



**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ДВНЗ «УЖГОРОДСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»
ЖИТОМИРСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ ІНСТИТУТ
ЖИТОМИРСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ**



**Актуальні питання підготовки та наукової діяльності
магістрів галузі знань «Охорона здоров'я»**

**Матеріали IV Всеукраїнської науково-практичної конференції
з міжнародною участю**

**24 листопада 2023 року
Ужгород - Житомир**

А43

Актуальні питання підготовки та наукової діяльності магістрів галузі знань «Охорона здоров'я»: матеріали IV Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю (Ужгород-Житомир, 24 листопада 2023 р.). Ужгород, 2023. 136 с.

У виданні представлені матеріали IV Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю **«Актуальні питання підготовки та наукової діяльності магістрів галузі знань «Охорона здоров'я»»**, яка відбулася 24 листопада 2023 року. Матеріали висвітлюють питання підготовки магістрів галузі знань «Охорона здоров'я» та результати наукових досліджень здобувачів другого (магістерського) рівня вищої освіти під час навчання.

За науковий зміст, оформлення, якість та достовірність матеріалів відповідальність несуть учасники конференції.

Рекомендовано до друку науково-методичною комісією факультету здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ «Ужгородський національний університет» (Протокол № 3 від 23 листопада 2023 року).

НАУКОВИЙ КОМІТЕТ

СПІВГОЛОВИ:

МИРОНЮК І.С. - доктор медичних наук, професор

ШАТИЛО В.Й. - доктор медичних наук, професор, Заслужений лікар України

VANSACĀ Peter – Prof. ThDr. PhD. Vedúci Detašovaného pracoviska bl. Metóda Dominika Trčku v Michalovciach Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava

БРИЧ Валерія – доктор медичних наук, професор кафедри наук про здоров'я факультету здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

ДУБ Мар'яна – кандидат наук з фізичного виховання і спорту, доцент кафедри наук про здоров'я факультету здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

СЛАБКІЙ Геннадій – доктор медичних наук, професор, в.о. завідувача кафедри громадського здоров'я ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

СТЕБЛЮК Світлана – доктор педагогічних наук, заступник декана з наукової роботи факультету здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

ГОРДІЙЧУК Світлана – доктор педагогічних наук, професор кафедри природничих та соціально-гуманітарних дисциплін, в.о. ректора з навчальної роботи Житомирського медичного інституту Житомирської обласної ради

ПОПЛАВСЬКА Світлана – кандидат педагогічних наук, доцент кафедри природничих та соціально-гуманітарних дисциплін, проректор з навчальної роботи Житомирського медичного інституту Житомирської обласної ради

ГОРАЙ Ольга – кандидат педагогічних наук, доцент, проректор з гуманітарної освіти та виховання і міжнародного співробітництва Житомирського медичного інституту Житомирської обласної ради

КІРЯЧОК Марина – кандидат філологічних наук, доцент кафедри природничих та соціально-гуманітарних дисциплін, в.о. проректора з соціально-гуманітарного розвитку та міжнародного співробітництва

ЗАБЛОЦЬКА Ольга – доктор педагогічних наук, професор, завідувач кафедри «Технології медичної діагностики та лікування. Громадського здоров'я» Житомирського медичного інституту Житомирської обласної ради

ЗАБОЛОТНОВ Віталій – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри «Сестринська справа» Житомирського медичного інституту Житомирської обласної ради

КРУКІВСЬКА Ірина – кандидат педагогічних наук, доцент, завідувач кафедр природничих і соціально-гуманітарних дисциплін Житомирського медичного інституту Житомирської обласної ради

АНТОНОВ Олексій – кандидат філологічних наук, доцент кафедри природничих та соціально-гуманітарних дисциплін, завідувач науково-методичної лабораторії інституту Житомирського медичного інституту Житомирської обласної ради

ОРГАНІЗАЦІЙНИЙ КОМІТЕТ

СПІВГОЛОВИ:

МИРОНЮК І.С. – доктор медичних наук, професор

ШАТИЛО В.Й. – доктор медичних наук, професор, Заслужений лікар України

БРИЧ Валерія – доктор медичних наук, професор кафедри наук про здоров'я факультету здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

ДУБ Мар'яна – кандидат наук з фізичного виховання і спорту, доцент кафедри наук про здоров'я факультету здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

СТЕБЛЮК Світлана – доктор педагогічних наук, заступник декана з наукової роботи факультету здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

ГОРДІЙЧУК Світлана – доктор педагогічних наук, професор кафедри природничих та соціально-гуманітарних дисциплін, в.о. ректора з навчальної роботи Житомирського медичного інституту Житомирської обласної ради

ПОПЛАВСЬКА Світлана – кандидат педагогічних наук, доцент кафедри природничих та соціально-гуманітарних дисциплін, проректор з навчальної роботи Житомирського медичного інституту Житомирської обласної ради

ГОРАЙ Ольга – кандидат педагогічних наук, доцент, проректор з гуманітарної освіти та виховання і міжнародного співробітництва Житомирського медичного інституту Житомирської обласної ради

АНТОНОВ Олексій – кандидат філологічних наук, доцент кафедри природничих та соціально-гуманітарних дисциплін, завідувач науково-методичної лабораторії інституту Житомирського медичного інституту Житомирської обласної ради

КІРЯЧОК Марина – кандидат філологічних наук, доцент кафедри природничих та соціально-гуманітарних дисциплін, в.о. проректора з соціально-гуманітарного розвитку та міжнародного співробітництва

ЗАБЛОЦЬКА Ольга – доктор педагогічних наук, професор, завідувач кафедри «Технології медичної діагностики та лікування. Громадського здоров'я» Житомирського медичного інституту Житомирської обласної ради

ЗАБОЛОТНОВ Віталій – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри «Сестринська справа» Житомирського медичного інституту Житомирської обласної ради

КРУКІВСЬКА Ірина – кандидат педагогічних наук, доцент, завідувач кафедр природничих і соціально-гуманітарних дисциплін Житомирського медичного інституту Житомирської обласної ради

АНТОНОВ Олексій – кандидат філологічних наук, доцент кафедри природничих та соціально-гуманітарних дисциплін, завідувач науково-методичної лабораторії інституту Житомирського медичного інституту Житомирської обласної ради

ПРОГРАМА

IV Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю
«Актуальні питання підготовки та наукової діяльності
магістрів галузі знань «Охорона здоров'я»»

Місце проведення: ДВНЗ «Ужгородський національний університет»,
факультет здоров'я та фізичного виховання. м. Ужгород
(дистанційно, через платформу Google Meet)

24.11.2023

09:45 – 10:00 – підключення учасників конференції

10:00 – 10:10 – відкриття конференції – привітання учасникам

10:10 – початок пленарного засідання

ПЛЕНАРНЕ ЗАСІДАННЯ

Модератори

БРИЧ Валерія – д. мед. н., доцент, професор кафедри наук про здоров'я

ДУБ Мар'яна – к. н. з фіз. вих. і спорту, доцент, доцент кафедри наук про здоров'я

1. ДОСВІД І АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ПІДГОТОВКИ МАГІСТРІВ ГАЛУЗІ ЗНАНЬ «ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я» В ЖИТОМИРСЬКОМУ МЕДИЧНОМУ ІНСТИТУТІ
ШАТИЛО Віктор – заслужений лікар України, доктор медичних наук, професор
ГОРДІЙЧУК С., ЗАБОЛОТНОВ В., КІРЯЧОК М., ЗАБЛОЦЬКА О., АНТОНОВ О. -
Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради
2. PREVENTION OF SELF-DESTRUCTIVE BEHAVIOR OF ADOLESCENTS IN THE FAMILY
ПРОФІЛАКТИКА САМОДЕСТРУКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ ПІДЛІТКІВ У СІМ'Ї
VANSAČ Peter – Prof. ThDr. PhD. Vedúci Detašovaného pracoviska bl. Metóda Dominika
Trčka v Michalovciach Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava
3. THE NURSE'S ROLE IN THE PREVENTION OF NOSOCOMIAL INFECTIONS IN A
MEDICAL FACILITY
POPOVIČOVÁ Mária, BABEČKA Jozef – University of Health and Social Work St.
Elizabeth, Bratislava
4. MOTIVATION OF STUDENTS TO STUDY SOCIAL WORK
BARKASI Daniela, BARTA Richard – University of Health and Social Work St. Alžbety,
Bratislava, Institute bl. M. D. Trčka in Michalovce
5. МЕДИЧНА ТА ПСИХОЛОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ЛЮДЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ: РОЛЬ
ФАХІВЦІВ ТА ГРОМАДИ
МОСІЙЧУК Ігор – студент магістратури, Житомирський медичний інститут
Житомирської обласної ради
ГРИЩУК Сергій – PhD, доцент кафедри технологій медичної діагностики, реабілітації
та здоров'я людини, Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради
6. ВПЛИВ АГЕНТІВ БІОЛОГІЧНИХ ЗАГРОЗ НА ЗДОРОВ'Я ФАХІВЦІВ МЕДИКО-
БІОЛОГІЧНИХ ЛАБОРАТОРІЙ
МЕЛЬНИК Сніжана – студентка магістратури, Житомирський медичний інститут
Житомирської обласної ради

7. ВІДМОВА ВІД ГРУДНОГО ВИГОДОВУВАННЯ ЯК ПРОБЛЕМА ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я
КОРНАШ Іванна – студентка магістратури, факультет здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

8. ПРОФІЛАКТИЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ ТА ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ ЗА УЧАСТІ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ ПМД
БАРЧУК Марина – студентка магістратури, Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради

СТЕНДОВІ ДОПОВІДІ

9. СТАН ПРОБЛЕМИ СУЧАСНИХ ПРОФІЛАКТИЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ НА РІВНІ ПМД В УКРАЇНІ ТА ЗА КОРДОНОМ
Барчук М. П., Шатило В. Й., Поплавська С. Д., Грищук І. П., Івасенко Б. М.
Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради

10. АНАЛІЗ СТАНУ СОМАТИЧНОГО ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТІВ ІЗ ОЗНАКАМИ ВЕГЕТАТИВНОЇ ДИСФУНКЦІЇ ПІСЛЯ ЗАСТОСУВАННЯ ЗАСОБІВ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ
Бігарі І.В., Русин Л.П.
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

11. ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ СТРЕСУ В ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ
Варич А.М., Кокоріна С.А., Гуменна Л.В.
Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради

12. ВПЛИВ ЗАСОБІВ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ НА КОРЕКЦІЮ НАДЛИШКОВОЇ МАСИ ТІЛА У ПІДЛІТКІВ
Гараз Ю.Г., Русин Л.П.
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

13. ОСОБЛИВОСТІ ПРОФІЛАКТИКИ ПАРЕНТЕРАЛЬНИХ ІНФЕКЦІЙ В СЕРЕДОВИЩІ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ
Гордійчук С.В., Котенко М.Г. Шигонська Н.В.
Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради

14. ВІД ОРГАНІЗАЦІЇ ДО ВТРУЧАННЯ МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ КОМАНДИ
Дуб М.М., Брич В.В.
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

15. ГІГІЄНА ХАРЧУВАННЯ У ПРОФІЛАКТИЦІ ХВОРОБ ЛЮДИНИ
Заблоцька О. С., Степанчук І. М., Ніколаєва І. М.
Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради

16. НАДЛИШКОВА МАСА ТІЛА ТА ОЖИРІННЯ ЯК ГЛОБАЛЬНА ПРОБЛЕМА ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я
Лілеєва А.А., Дуб М.М.
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

17. ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ПРАКТИЧНИХ НАВИЧОК У СТУДЕНТІВ ПРИ ВИКЛАДАННІ ДИТЯЧОЇ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ
Лісецька І. С.
Івано-Франківський національний медичний університет

18. РОЛЬ ФАХІВЦІВ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В ПРОФІЛАКТИЦІ ЗАХВОРЮВАНЬ ЩИТОВИДНОЇ ЗАЛОЗИ
Лисунець О. В.
Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради
19. СЕКСУАЛЬНА ОСВІТА ТА СТАТЕНЕ ВИХОВАННЯ МОЛОДІ ЯК ОДИН ІЗ МЕТОДІВ ПРОФІЛАКТИКИ ІНФЕКЦІЙ, ЩО ПЕРЕДАЮТЬСЯ СТАТЕНІМ ШЛЯХОМ
Махновська І.Р., Галушко Ю.Р.
Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради
Куценко Н.Л.
Лабораторія Медичного центру «Асклепій»
20. АНАЛІЗ ПОШИРЕНОСТІ ТЮТЮНОПАЛІННЯ В УКРАЇНІ ПІД ЧАС ВІЙНИ ТА ЙОГО НАСЛІДКИ ДЛЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ
Махновська І.Р., Кубицька К.В.
Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради
Куценко Н.Л.
Лабораторія Медичного центру «Асклепій»
21. ЗНАЧЕННЯ ПРОФІЛАКТИЧНИХ ТА ДІАГНОСТИЧНИХ ЛАБОРАТОРНИХ ОБСТЕЖЕНЬ ДЛЯ ЗБЕРЕЖЕННЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ
Медведовська Н. В.
Національна академія медичних наук України
Стовбан І. В.
Івано-Франківський Національний медичний університет
22. ВЖИВАННЯ НІКОТИНУ СЕРЕД ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ РІЗНИХ КРАЇН
Меденцій Ю.І., Брич В.В.
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»
23. ПІДГОТОВКА СПЕЦІАЛІСТІВ ДО ЗБЕРЕЖЕННЯ ТА ЗМІЦНЕННЯ ЗДОРОВ'Я ОСІБ СТАРШИХ ВІКОВИХ ГРУП, ПРОФІЛАКТИКИ САМОРУЙНІВНОЇ ПОВЕДІНКИ
Мухтарова А.-Т., Мальцева О. Б.
ДВНЗ Ужгородський національний університет
24. АНАЛІЗ СТАНУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я МАТЕРІ І ДИТИНИ В УКРАЇНІ
Нємцова Т. С.
Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради
25. СТРАТЕГІЧНІ НАПРЯМКИ РОБОТИ ЦЕНТРІВ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я ЩОДО ПРОФІЛАКТИКИ ОРГАНІВ ДИХАННЯ
Окіпна І.Г., Березюк Ю.В.
Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради
26. РОЛЬ СПІЛКУВАННЯ ТА НАВЧАННЯ У ПРОФЕСІЙНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ-МАГІСТРА
Панасюк О.В.
Кременецький медичний фаховий коледж імені Арсена Річинського
27. АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ АДАПТАЦІЇ КОМПЕТЕНЦІЙ ФАХІВЦІВ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ ДО ЄВРОПЕЙСЬКОЇ РАМКИ КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ ДЛЯ ПРАЦІВНИКІВ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я
Слабкий Г.О., Миронюк І. С.
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»
Рябінчук М. В.
Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України

28. ОСНОВНІ ЗАСАДИ ПРОФІЛАКТИКИ МЕЛАНОМИ ШКІРИ В СИСТЕМІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я
Сокирко Т.І.
Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради
29. ПІДСИЛЮВАЛЬНА ТА АЛЬТЕРНАТИВНА КОМУНІКАЦІЯ: ДІТИ З РОЗЛАДАМИ АУТИЗМУ
Сопилюк Д.С., Сабадош М.В., Урбан Н.М.
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»
30. ПОДОЛАННЯ СТРЕСУ В УМОВАХ ВІЙСЬКОВОГО СТАНУ
Стеблюк Е. Е., Дубовенко Д. О.
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»
31. ПРОФІЛАКТИКА ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ В УМОВАХ ВОЄННОГО ЧАСУ
Степанюк Т.М., Шудренко О.Т.
Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради
32. ПОШИРЕНІСТЬ ТА ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ ОЖИРІННЯ СЕРЕД РІЗНИХ КАТЕГОРІЙ НАСЕЛЕННЯ
Трикиша О.В., Антонов О.В.
Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради
33. ГРА ЯК ЗАСІБ АКТИВІЗАЦІЇ ПІЗНАВАЛЬНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ МОЛОДШИХ ШКОЛЯРІВ З ІНТЕЛЕКТУАЛЬНИМИ ПОРУШЕННЯМИ НА УРОКАХ «Я ДОСЛІДЖУЮ СВІТ»
Чернишева А.М, Гаяш О.В.
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»
34. ПІДХОДИ В ОРГАНІЗАЦІЇ ІМУНОПРОФІЛАКТИКИ У ГРОМАДСЬКОМУ ЗДОРОВ'І
Шигонська Н.В.
Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради
Зінкевич К.Є.
КНП АЗПСМ Станишівської сільської ради
35. ОЦІНКА ЕКОНОМІЧНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОФІЛАКТИЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ В ГРОМАДСЬКОМУ ЗДОРОВ'І (У РАМКАХ МІЖДИСЦИПЛІНАРНОГО КОНТЕКСТУ ПРОФЕСІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ МАГІСТРІВ)
Щербініна Н. С.
Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради
36. ОРГАНІЗАЦІЯ ОСВІТНЬОГО СЕРЕДОВИЩА У ФАХІВЦІВ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я
Юр Л.С., Гордійчук С.В., Гаріфулліна Н.В.
Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради

Тези

учасників конференції

ПРОФІЛАКТИКА САМОДЕСТРУКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ ПІДЛІТКІВ У СІМ'Ї

PREVENTION OF SELF-DESTRUCTIVE BEHAVIOR OF ADOLESCENTS IN THE FAMILY

Vansač P.

St. Elizabeth University of Health and social work Bratislava,

Institute of bl. M. D. Trčku, Michalovce;

email: vansac.p@gmail.com

Ключові слова: підліток, профілактика, сім'я, самоушкодження.

Актуальність проблеми. Явище навмисного самоушкодження можна розглядати як модну примху, пов'язану з певною молодіжною субкультурою. Тим не менш, важливо визнати серйозність цього явища, особливо з огляду на часто описані способи самоушкодження, а також через зв'язок між самоушкодженням і суїцидальною поведінкою. Навмисне самоушкодження може слугувати стратегією опанування ситуації, подібно до зловживання алкоголем та іншими психоактивними речовинами, переїдання та голодування. В інших випадках самоушкодження слугує способом покарання себе, вивільненням компульсивних агресивних тенденцій. Часто це «спосіб залити психологічний біль фізичним болем». (Skoupal, 2014, с. 110).

Очевидно, що найбільш вразливою групою є діти старшого шкільного віку та підлітки, які завдяки Інтернету та засобам масової інформації сьогодні мають можливість зіткнутися з завданням собі шкоди та вирішувати свої проблеми у такий спосіб. Сім'я може бути одним з факторів ризику, якщо вона не виконує свою функцію і не створює адекватного середовища, в якому дитина відчуває, що її приймають. Водночас вона може взяти на себе профілактичну роль і створити середовище та умови, за яких дитина не відчуватиме потреби в самоушкодженні. Діти та підлітки переживають складний період у своєму житті, сповнений змін, і часто відчувають великий тиск з боку різних обставин. Тому доречно підтримати їх і спробувати створити умови, які дозволять їм пройти цей етап життя без будь-яких наслідків для душі і тіла (Dvořáková, 2021).

Визначення поняття самоушкодження. Плацнерова (2009, с. 11) дає визначення самоушкодження у психіатричних термінах. Вона стверджує, що це акт самоагресивного характеру, який, порівняно з суїцидальною поведінкою, не має таких величезних трагічних наслідків і може розглядатися як несприятлива реакція в результаті переживання як раптового, так і тривалого стресу. У своїй публікації вона також наводить визначення ВООЗ, яке визначає самоушкодження з більш вузької точки зору. Згідно з визначенням ВООЗ, самоушкодження - це дія «без фатальних наслідків, коли людина добровільно, без втручання інших, займається незвичною для неї діяльністю і завдає собі тілесних ушкоджень або добровільно вживає речовину в дозі, вищій за ту, що

призначена або вважається терапевтично ефективною». Метою процедури є досягнення бажаних для суб'єкта змін.

Крігель (Kriegel, 2008, с. 17) поділяє самоушкодження на дві категорії відповідно до способів, якими людина може заподіяти собі шкоду:

1. Перша - це «самолікування/передозування», що передбачає вживання непропорційно великої кількості ліків (як рецептурних, так і безрецептурних), наркотиків, а також спиртних напоїв. До цієї категорії також належить вживання речовин і предметів неперетравлюваної природи з наміром свідомо пошкодити свої тканини, без суїцидальних намірів.

2. Друга категорія - це «самоушкодження», тобто дії, які також мають на меті навмисне пошкодження тканин власного тіла, але без суїцидальних намірів, як у першій категорії. Сюди відносяться *«порізи, дряпання, припікання і проколювання шкіри, виривання волосся, самокусання, самогубство або введення предметів під шкіру»*.

Роль сім'ї в профілактиці самоушкодження. Сім'я може бути як фактором ризику, що провокує самоушкодження у підлітка, так і центральним середовищем, яке може виступати формою ефективної профілактики у цій сфері. Рекомендації для батьків у сфері профілактики надані у посібнику «Самоушкодження - це не примха!» за авторством Душкової. У посібнику згадуються наступні поради для батьків:

- «Сприйміть самоушкодження в першу чергу як інформацію про те, що вашу дитину турбує щось, що вона не може вирішити самотійно». Батькам варто згадати про свій підлітковий вік, про те, через що вони проходили і що відчували. Це може допомогти їм зрозуміти почуття своєї дитини. Водночас слід враховувати, що цей час є іншим, а отже, дитина може стикатися з іншими проблемами.

- «Сприймайте самоушкодження вашої дитини як вашу спільну проблему». Необхідно бути чуйним і уважним до дитини, яка потребує допомоги і змін.

- «Не засуджуйте і не карайте дитину за самоушкодження». Запропонуйте допомогу і поговоріть з нею.

- Будьте уважні та виявляйте інтерес до дитини у сфері її потреб і турбот. Дитині важливо знати, що вона важлива для батьків і що вони її люблять.

- Регулярно проводьте час з дитиною, спілкуйтеся з нею та набувайте спільних спогадів, які можуть підтримати стосунки між батьками та дитиною.

- Зв'яжіться з працівниками школи та налагодьте з ними співпрацю в пошуку методів вирішення.

- У разі гострої кризи зверніться за допомогою на «Телефон довіри» або в Кризовий центр.

- Звертайте увагу на самоушкодження дитини і не применшуйте цю проблему.

- Не дійте в пориві поточних емоцій, які відчувають батьки, коли дізнаються, що їх дитина завдає собі шкоди (Душкова, 2017, с. 24-27).

Мета дослідження. Метою нашого дослідження є вивчення життєвої ситуації клієнтки, яка у віці 13 років вчинила самоушкодження. У цьому дослідженні ми зосередили свою увагу на самій клієнтці та її родині в контексті теми нашого дослідження.

Матеріали та методи. У дослідженні ми використовували метод кейс-стаді (метод аналізу конкретних ситуацій).

Результати дослідження. Доповідь про хворобу, підготовлена на основі облікової картки дівчинки-підлітка 13 років.

ВИПАДОК № 1. Вік: 13 років. Резиденція xxx. Стать Жіноча.

Особиста історія: клієнтка народилася першою дитиною в сім'ї. У неї були звичайні дитячі хвороби, про травми не згадує. Дитинство було безтурботним до 10 років, але потім у батьків виникли суперечки і вони розлучилися. Обов'язкову освіту здобула в початковій школі в обласному центрі, за межами місця проживання. Після закінчення школи працювала в Ужгороді в продуктовому магазині продавчиною. Біологічний батько живе, він підприємець, але оскільки він азартний гравець, то не піклується про сім'ю. Мати працює, але дуже зайнята, оскільки піклується про трьох дітей, її чоловік нерегулярно допомагає дітям, тому вона має проблеми з сімейним бюджетом. Після розлучення батьків вона почала страждати від депресії, оскільки любила обох батьків і не до кінця усвідомлювала, що батько є залежним від азартних ігор. Її стосунки з батьком були дуже хорошими, їй просто дуже важко зрозуміти, що її батько є ігроманом. Після розлучення батьків вона відчувала себе дуже невпевнено, боялася майбутнього, тому що раптово втратила безпеку, на яку покладалася в сім'ї. Клієнтка почала усамітнюватися, багато часу проводила в соціальних мережах. Там вона потрапила в закриту групу, деякі учасники якої мали досвід самоушкодження. Від них вона дізналася про їхні почуття і навіть відтворювала відео, надані учасниками групи, де вони завдавали собі шкоди. Переглядаючи відео, вона виявила або відчула, що її зачаровує кров. Вона могла довгими годинами дивитися відео, де «текла кров». Вона також вирішила зробити цей крок одного дня, коли прийшла зі школи, а вдома нікого не було. Бабуся знайшла її з порізнаними венами, одразу викликала швидку і 4 тижні вона лікувалася в психіатричній лікарні.

Сімейна історія: клієнтка походить з родини, де мама - соціальний працівник, а батько займається будівельним бізнесом. Після десяти років шлюбу батьки розлучилися, тому що батько став азартним гравцем, а мати боялася, що він втратить дах над головою. У клієнтки є дві молодші сестри, з якими вона має дуже добрі стосунки. З матір'ю у неї хороші стосунки, але вона усвідомлює ситуацію матері, яка проводить більшу частину свого часу на роботі, щоб утримувати сім'ю. Вона любить свого батька, але відчуває важкий біль від того, що він покинув їх, і що він віддає перевагу ігровим автоматам своїй сім'ї.

Поточний стан: Клієнтка перебуває вдома після виписки з психіатрії, боїться майбутнього. Вона покинула групу в соціальній мережі, яка мала негативний вплив на її особистість, і більше не контактує з ними.

Вона відчуває стрес через майбутнє, а також через те, що її однокласники можуть дізнатися про її самоушкодження. Її мати розуміє, що їй потрібно приділяти їй більше уваги і розмовляти з нею. Клієнтка має велику підтримку в особі бабусі, яку вона дуже любить і яка ніколи не звинувачувала її в своїх невдачах.

Встановлені цілі для роботи з клієнткою:

- амбулаторне лікування - психотерапія
- створення позитивного клімату в домашньому середовищі,
- зміцнення сімейних стосунків, важливість контакту з батьком.

Прогноз: Проводячи інтерв'ю з клієнткою про самоушкодження, ми прийшли до висновку, що вона усвідомлює, що це її особиста помилка, і що в цьому їй допомогла група в соціальній мережі, деякі учасники якої мали особистий досвід самоушкодження. Якщо сім'я клієнтки буде активно цікавитися її життям, особливо мама і тато, є ймовірність, що вона успішно впорається зі своєю проблемою в підлітковому віці.

Катамнез: не здійснений, справа не закрита.

Висновки. Результати нашого тематичного дослідження, а також результати досліджень Laye-Gindhu (2005), (Skoupal, Dolejš, 2012), (Skoupal, 2014) вказують на те, що якість сімейного клімату є основним фактором, що впливає на схильність цих осіб до самоушкодження. Крім того, можна стверджувати, що основними чинниками, які зазвичай впливають на дітей та підлітків, є сім'я, школа, друзі та соціальні мережі.

Як показують результати дослідження, проведеного Дворжаковою (Dvořáková 2021), хоча більшість сімей не проводять цілеспрямованої профілактики самоушкодження, сім'я може здійснювати профілактику іншими способами. Більшість дітей та респондентів відчувають підтримку, батьківську увагу, розуміння та достатньо часу, який приділяють їм батьки в сім'ї. Крім того, більшість з них повідомляють, що в сім'ї панують гармонійні стосунки та довіра між членами родини. Таким чином, сім'ї з благополучними стосунками здатні краще здійснювати батьківську профілактику, ніж сім'ї, які не виконують своїх функцій. Цей факт підтверджує і наш випадок, коли самоушкодження дівчинки-підлітка сталося лише тоді, коли її батьки розлучилися.

Література

1. Dušková Z. Sebeпоškození není rozmar! průvodce pro děti, rodiče a učitele. Dětské krizové centrum – Odborná pomoc dětem a rodičům, 2017. URL: <https://www.ditekrize.cz/app/uploads/2019/10/brozura-sebeposkozovani-web.pdf>
2. Dvořáková M. Role rodiny v prevenci sebeпоškození, Bakalářská práce, Univerzita Hradec Králové, Pedagogická fakulta, Ústav sociálních studií, Hradec Králové, 2021. URL: <https://theses.cz/id/ujulec/STAG94316.pdf>
3. Kriegelová M. Záměrné sebeпоškození v dětství a adolescenci. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-802-4723-334.

4. Laye-GindhuL A., Schonert-Reichel K. Nonsuicidal Self-Harm AmongCommunity Adolescents: Understanding the “Whats” and “Whys” of Self-Harm. *Journal ofYouth and Adolescence*. 2005. № 5. P. 447–457. Staženo: březen 2008, z databáze PsycArticles.

5. Platznerová A. Sebepoškozování: aktuální přehled diagnostiky, prevence a léčby. Praha: Galén. 2009. ISBN 978-80-7262-606-9.

6. Skoupal O. Záměrné sebepoškozování v kontextu osobnostních dispozic a teorií o rizikovém chování, In: JANIŠ, K. (ed.) 2014. Sborník příspěvků ke 2. ročníku konference „Zvládání současných sociálně patologických jevů a rizikového chování“, Fakulta veřejných politik, Slezská univerzita v Opavě, 2014, S. 110–120, ISBN 978-80-7248-938-1.

7. Skopal O., Dolejš M. Vztah osobnostních charakteristik adolescentů s různými formamirizikového chování. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012.

MOTIVATION OF STUDENTS TO STUDY SOCIAL WORK

Barkasi D., Barta R.

*University of Health and Social Work St. Alžbety, Bratislava,
Institute bl. M. D. Trčka in Michalovce*

Objectives: The presented contribution provides an answer to the question of what motivational factors played a role in choosing the Social work field of study for university students.

Theoretical background: Higher education is nowadays much more accessible and attractive compared to the past. Several factors play a role in the choice of study, and the very choice of future profession is an important link in the life of every person, as it largely affects its quality.

Methods: To answer the question, a quantitative research method was chosen a questionnaire with the aim of finding out which motivational factors played a role in the choice of the Social work field of study to the greatest and least extent, and also to find out the differences in the motivational structure of university students from the point of view of the form and degree of study.

Results: The conducted research showed that university students were influenced to the greatest extent by prosocial motivational factors and to the least extent by conformist motivational factors when choosing their studies. When comparing the motivational structure between students, we noticed several statistically significant differences.

Conclusion: Our findings in the area of student motivation indicate that future social workers have an intrinsic intention to help, which is a useful finding for understanding the underlying intention and setting of future social workers. With education, it is important to emphasize expertise so that they are real helping professionals both professionally and personally.

THE NURSE'S ROLE IN THE PREVENTION OF NOSOCOMIAL INFECTIONS IN A MEDICAL FACILITY

Popovičová M., Babečka J.

University of Health and Social Work St. Elizabeth, Bratislava

Introduction: Nosocomial infections have accompanied the provided health care since time immemorial and still present significant complications related to the provision of nursing care. Nosocomial infections and especially their prevention are one of the most important parts of successfully meeting the accreditation conditions of a medical facility. Due to this, in our research we are dedicated to the prevention of nosocomial infections in medical facilities.

Methods: To obtain the necessary information, we used existing available professional literature and a non-standardized questionnaire. The research was carried out in medical facilities. The research respondents were 248 nurses. The Chi square test was used to verify the hypotheses. We verified the hypotheses at a significance level of 0.05.

Results: Nurses have a sufficient amount of information about nosocomial infections, but it never hurts to constantly enrich themselves with the knowledge gained at various seminars on the given topic, and especially with a focus on the prevention of these hospital infections. Through our survey, we discovered certain deficiencies in prevention, but especially in the possible transmission of nosocomial infections by the ward staff themselves.

Conclusion: Prevention must be a priority for the medical facility in relation to the safety of the patient as well as the staff. The hands of healthcare workers are the main medium with which the patient comes into contact. Therefore, every touch of a nurse dedicated to a patient in connection with any of her activities can cause him a nosocomial infection.

СТАН ПРОБЛЕМИ СУЧАСНИХ ПРОФІЛАКТИЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ НА РІВНІ ПМД В УКРАЇНІ ТА ЗА КОРДОНОМ

Барчук М. П., Шатило В. Й., Поплавська С. Д.,

Гришук І. П., Івасенко Б. М.

Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради

Ключові слова: первинна медична допомога, профілактичні технології, пацієнт-орієнтованість, медична активність пацієнта, партнерство.

Актуальність проблеми. У документах Європейського регіонального бюро ВООЗ (Стратегія фізичної активності 2016-2025 рр., тощо) підкреслюється значення ПМСД при зупиненні росту поширення факторів ризику неінфекційних захворювань. Це стало відповіддю на виклики в системі надання профілактичних послуг через відсутність клінічних рекомендацій, недостатню компетентність надавачів послуг та відсутність визначених сфер впливу.

На підставі аналізу ВООЗ української системи первинної медичної допомоги (ПМД) (2000-2021 рр.) виявлено, що на первинному рівні мало уваги приділяється саме профілактиці, недостатньо ефективних втручань і програм із профілактики та промоції здорового способу життя. Це означає, що лікарі ПМД мають обмежені можливості в управлінні факторами ризику розвитку хронічних захворювань і проведенні консультацій щодо зміни поведінки. З розширенням умов закупівлі послуг ПМД (2022), надавачів послуг зобов'язують: інформувати пацієнтів щодо можливостей профілактики та лікування; залучати пацієнтів до прийняття рішень щодо їх здоров'я та узгоджувати план лікування з пацієнтами відповідно до їхніх очікувань та можливостей; проводити з пацієнтами профілактичні бесіди щодо ведення здорового способу життя та піклування про власне здоров'я і здоров'я дітей [4].

В сьогоднішній день перед Україною поставлені завдання розвитку розгорнутої системи надання якісних та своєчасних медичних послуг на всіх рівнях медичної допомоги на основі принципів доказовості і пацієнт-орієнтованості, розробка теоретичних та практичних підходів до створення та широкомасштабного впровадження профілактичних програм.

Актуальним є вивчення досвіду зарубіжних країн щодо ефективних втручань і програм із профілактики та промоції здорового способу життя.

Мета дослідження. Провести аналіз матеріалів вітчизняного і зарубіжного досвіду використання сучасних профілактичних технологій, розробити рекомендації для формування позитивної мотивації населення на здоровий спосіб життя на рівні ПМД.

Матеріали та методи. Використані бібліографічний, системного аналізу і логічного узагальнення методи. Аналіз матеріалів вітчизняного і зарубіжного досвіду з питань інноваційних профілактичних технологій, профілактичної

діяльності в системі ПМД: профілактики неінфекційних захворювань, формування мотивації населення, навчання навичкам ЗСЖ.

Результати та їх обговорення. Усі напрями діяльності з формування, збереження та зміцнення здоров'я відносять до технологій збереження здоров'я. Ця категорія людської практики та поведінки знаходить своє місце у формуванні як індивідуального, так і популяційного здоров'я.

В процесі аналізу досвіду зарубіжних дослідників визначено основні науково-визнані стратегії взаємодії з пацієнтами (на рівні ПМД): партнерство (patientpartnership); розширення можливостей та прав (patientempowerment); спонукання до участі в організації та наданні медичної допомоги (patientengagement); та його активація (patientactivation).

В передових системах охорони здоров'я (К. L. Carman, 2013) ключовими питаннями стали залучення пацієнта та його сім'ї до участі в організації та наданні медичної допомоги та пацієнт-орієнтована допомога. В цьому контексті, без залучення значних вкладень, за рахунок зміни ролей учасників зростає активність, поінформованість, покращуються показники здоров'я та підвищується якість і безпека медичних послуг. Модель спільного прийняття рішень (shareddecisionmaking) (G. Elvyn, A. Edvards, 2016) – узагальнення неперервного процесу взаємодії пацієнта та медичного фахівця, апогеєм напрямів, які взаємно доповнюються та частково перекриваються [3].

Основною умовою залучення пацієнта до участі в організації та наданні медичних послуг є його активація. З можливістю пацієнта самостійно обирати лікаря стають актуальними стратегії його залучення в охорону власного здоров'я та спостереження становлення медичної активності (МА).

Під медичною активністю розуміють діяльність, спрямовану на стабілізацію, покращання або погіршення показників здоров'я людини/оточення. Значення МА для збереження здоров'я важко переоцінити, бо при її високому рівні нівелюється негативний вплив інших чинників способу життя (психоемоційної діяльності та виробничого навантаження). Медична активність в певній мірі відбиває ступінь власної відповідальності за здоров'я. У більш пасивних людей немає постійного (звичного) джерела надання послуг, вони легко відмовляються від певних заходів через бар'єри у фінансовому або медичному плані.

Як обов'язкова умовата складова медичної активності, медична (санітарна) грамотність одночасно є і засобом, і результатом практичних заходів. Надійне джерело інформації про стан здоров'я (неадекватну, граничну та належну медичну грамотність) є важливим посередником між лікарем і пацієнтом.

Відповідно до пацієнт-орієнтованої системи охорони здоров'я, заснованої на ціннісних для пацієнта характеристиках, описана медицина п'яти «Р» (С.Marzorati, 2017), яка вдосконалює: прогнозованість (predictive); персоніфікований підхід (personalized); профілактику (preventive); залучення пацієнта до участі (participatory); психокогнітивна модель супроводу (psychocognitivemodel).

Як найбільш оптимальна модель ПМСД, прийнята гнучка профілактична допомога з цільовими профілактичними оглядами усім пацієнтам на певних етапах життя та особам з чинниками ризику. Акцент робиться на безперервному залученні пацієнта до організації власної медичної допомоги на багатовимірній основі з різними чинниками впливу.

В документі ВООЗ «Залучення пацієнтів: технічна серія про безпечнішу первинну медичну допомогу» (2016) зазначено, що ПМСД є основою профілактичної медицини (проводить тривалий моніторинг стану здоров'я, вивчає шляхом опитування, обговорення, отримання зворотного зв'язку, досвід пацієнта для розуміння його потреб і цінностей) [6].

Сучасним підходом до застосування профілактичних технологій у роботі лікаря ПМСД є елементи коучингу, як орієнтована на пацієнта структурована програма консультування. Тренування здоров'я проводять тренери-медики, медичні сестри, соціальні працівники, дієтологи, психологи, фітнес-тренери, тощо. Методи надання послуг: особисті зустрічі, електронна пошта, телефон, інтернет, поєднані варіанти (К. Kivela, 2014) [1].

Зарубіжними дослідниками представлені моделі спільних програм служб громадського здоров'я (ГЗ) та ПМСД для оптимізації їх співпраці: СОМВІ (планування та реалізація соціальних та поведінкових втручань); «салютогенна модель» (модель позитивного здоров'я), заснована на розвитку здатності людей створювати здоров'я, аналізувати особисті ситуації та навчатися приймати рішення; ІМ (InterventionMapping) інтервенційне картування (М. Е. Fernandezetal., 2019): для розробки в популяціях та установах чіткихнауково-обґрунтованих програм зміцнення здоров'я створена поетапна система планування ефективного профілактичного втручання з впливом на кожен елемент детермінанти на всіх рівнях (індивідуальному, міжособистісному, організаційному та громадському); Дизайн, орієнтований на поведінку, BSD (BehaviorCenteredDesign) – модель зміни поведінки (R. Aunger, V. Curtis, 2016) – послідовний підхід до поведінки у її фізичному, соціальному, біологічному та часовому контексті [2].

Висновки та перспективи подальших досліджень.

В сьогоденні найбільш актуальні стратегії охорони здоров'я, орієнтовані на пацієнта та на залучення його до організації охорони власного здоров'я. Багатофакторні втручання на рівні ПМСД вважаються найбільш ефективними; на індивідуальному рівні – короткі поради, консультування, елементи коучингу, інтерв'ювання, тощо; на груповому рівні у групах ризику, колективах; на рівні громади – оздоровчі програми спільно з системою ГЗ. Важливими є мобільність профілактичних втручань (щодо форм та засобів) відповідно до епідеміологічної ситуації та активність пацієнта щодо збереження власного здоров'я.

Література

1. Взаємодія "держава-громада" заради здоров'я: зарубіжний досвід боротьби з неінфекційними захворюваннями / Н. О. Рингач [та ін.]. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2015. N 1. С. 35-41.
2. Власик Л. Й. Досвід пацієнта та його роль у медичній активності на прикладі економічно активного населення. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2020. №3(85). С. 89-97.
3. Гандзюк В. А. Профілактичні технології в умовах сьогодення: історичний аспект, сучасний досвід та перспективи розвитку. Вісник проблем біології і медицини. 2019. Вип. 2(1). С. 279-282.
4. Первинна медична допомога в Україні: досягнутий прогрес і наступні кроки: аналіз даних за 2020–2021 р. Копенгаген: Європейське регіональне бюро ВООЗ; 2023.
5. WHO. Integrating diet, physical activity and weight management services into primary care (2016). WHO Reg Of for Europe; 2016. URL: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0016/324304/Integrating-diet-physical-activity-weight-management-services-primary-care.pdf?ua=1.
6. WHO. Physical activity strategy for the WHO European Region 2016-2025. [Internet]. Copenhagen: WHO Reg. Office for Europe; 2016. 28p. URL: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/312762/Physical-activity-strategy-2016-2025-ru.pdf?ua=1.

АНАЛІЗ СТАНУ СОМАТИЧНОГО ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТІВ ІЗ ОЗНАКАМИ ВЕГЕТАТИВНОЇ ДИСФУНКЦІЇ ПІСЛЯ ЗАСТОСУВАННЯ ЗАСОБІВ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ

Бігарі І.В., Русин Л.П.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Ключові слова: Вегетативна дисфункція, здобувачі вищої освіти, функціональний стан, фізична терапія, стрес, дистанційне навчання.

Актуальність. На сьогоднішній день все більше й більше студентів які стикаються з різними стресовими факторами, зміною навколишнього середовища, ритмом життя, ізоляцією страждають на вегетативну дисфункцію. Внаслідок цього порушується якість життя, соматичне здоров'я та функціональний стан організму.

Вегетативна дисфункція досить розповсюджене захворювання, особливо у молодому віці. За даними ряду авторів, зустрічається майже у 60% людей віком від 16 до 25 років. Досить часто воно зустрічається у жінок [3, 4].

Спочатку особливості епідеміологічної ситуації в світі, потім війна викликали зміну в формі навчання студентів в Україні. Виникла необхідність переходу на дистанційне навчання. Однак, тут є свої недоліки: відсутність живого спілкування, роботи в колективі, надмірне психоемоційне перенапруження, підвищена тривожність, збільшення обсягу інформації. Надмірне психо-емоційне навантаження, зміна ряду соціальних факторів життєдіяльності ведуть до негативного впливу і відображаються на психофізіологічному стані та соматичному здоров'ї молоді [1, 2].

Значна частина захворювань у людей молодого віку, важкість диференційної діагностики та правильного експертного висновку визначають актуальність даної проблеми [3, 2].

Мета дослідження: проаналізувати вплив засобів фізичної терапії на функціональний стан та соматичне здоров'я студентів із вегетативною дисфункцією.

Матеріали та методи дослідження. Дослідження проводилося з червня по жовтень 2023 року дистанційно у зв'язку зі змішаною формою навчання та літніми канікулами. Нами було обстежено 155 студентів різних курсів факультету здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ «Ужгородський національний університет, віком від 16 до 25 років. Серед обстежуваних 30 чоловіків і 125 жінок. З них для подальшого дослідження було відібрано 40 осіб, яких ми розділили на 2 групи. До першої групи відносилися студенти з підтвердженим діагнозом, які були віднесені до експериментальної групи. Друга група це здобувачі, які за опитувальником Вейна набрали понад 30 балів і відносилися до контрольної групи.

Для обох груп було запропоновано програму фізичної терапії, яка включала ранкову гігієнічну гімнастику, лікувальну гімнастику, самомасаж,

аутогенне тренування, корекцію харчування, нормалізацію режиму дня, праці та відпочинку.

В роботі були використані наступні методи дослідження: анкетування, опитувальник А.М. Вейном з співавторами (1998), опитувальник САН (оцінка самопочуття, активності і настрою), тест Спілберга-Ханіна (рівень реактивної і особистісної тривожності), індекс Кердо, ортостатична проба, проби Штанге і Генчі, ІМТ, статистичний та графічний методи.

Результати дослідження. Після результатів анкетування студенти були розподілені на дві групи. Першу склали 53 особи (34,1%), у яких кількість балів за опитувальником складала від 15 до 30, які були відправлені на дообстеження. Друга група нараховувала 40 обстежених (25,8%), яких ми теж поділили на 2 групи.

Перша група експериментальна – 20 (12,9%) обстежених з підтвердженим діагнозом вегетативна дисфункція. Друга група контрольна, яка нараховувала 20 (12,9%) обстежених, сума балів у цій групі коливалась від 30 до 55 і розцінювалась нами, як група з високим ризиком або які мають вегетативну дисфункцію. Так як на питання "Чи знайомий вам діагноз нейроциркуляторна дистонія чи вегетативна дисфункція" 54,2% відповіли "Ні", ми можемо припустити, що можливо вони мають цей діагноз, але недообстежені або дезінформовані.

Найбільша кількість пацієнтів, як в контрольній (86,0%), так і експериментальній групах (87,0%) на початку дослідження висувала скарги на наявність периферичних вегетативних розладів, зокрема блідість обличчя, пальців рук, стоп, оніміння чи мерзлякуватість пальців кистей рук і стоп, після дослідження суттєвих змін не відбулося. У значній кількості студентів КГ (76,3%) і особливо ЕГ (82,3%) виявлялись зниження працездатності, швидка втома до дослідження, однак після дослідження у контрольній групі (35,5%), а у експериментальній (38,3%) виявлялося покращення стану.

При дослідженні фізичного розвитку ми використовували ІМТ, а також проби Штанге і Генчі. Так ІМТ як у КГ ($20,1 \pm 1,3$) так і у ЕГ складав ($19,5 \pm 0,8$) що хоч і знаходиться в межах норми, але дуже близько до нижньої межі. Тому можна припустити, що люди, які мають недостатню масу тіла мають більший ризик мати НЦД ніж люди з надлишковою масою тіла. При дослідженні стійкість організму до гіпоксії та гіперкапнії за пробами Штанге і Генча були виявлені наступні результати: показник Штанге у ЕГ був ($27,10 \pm 1,67$) нижчий ніж у КГ ($40,46 \pm 1,32$); показники Генча у КГ були ($30,16 \pm 1,06$), а у ЕГ ($23,54 \pm 1,21$), що означає низьку стійкість організму до гіпоксії та гіперкапнії та призводить до гіпервентиляції і появою панічних атак. В кінці дослідження ці показники майже зрівнялися у обох груп до нормальних.

За результатами Шкали тривожності Спілбергера-Ханіна у студенток обох груп рівень тривожності був високий, так реактивна тривожність до дослідження у КГ була ($45,37 \pm 1,50$), а у ЕГ ($47,43 \pm 4,22$), після дослідження у КГ були ($29,13 \pm 2,18$) низький ступінь, а у ЕГ ($37,22 \pm 1,51$) помірний ступінь прояву. Проте особистісна тривожність до дослідження у КГ ($37,54 \pm 2,16$) була

помірна порівняно з ЕГ ($45,32 \pm 2,80$) у якої був високий рівень тривожності. Однак після дослідження ці показники майже зрівнялися, у КГ ($27,91 \pm 1,28$), а у ЕГ ($29,13 \pm 3,27$), що показує низький рівень особистісної тривожності.

В результаті дослідження і оцінки результатів опитування за методикою "САН" (оцінка самопочуття, активності і настрою) показало, що на початку дослідження у КГ показники самопочуття 4,5 хоч і пограничні, але в межах норми порівняно з ЕГ в якої показники 3,8. Після корекції показники в КГ склали 5,0 балів, а в експериментальній склали 4,4 що відповідає нормі і не виявляє несприятливого емоційного стану. При окремому аналізі результатів опитувальника «САН» серед КГ та ЕГ було з'ясовано, що показники середнього значення характеристик САН в студентів КГ групи більш сприятливіші ніж ЕГ.

Другий досліджуваний критерій, активність на початку дослідження, так само, як і самопочуття, є кращим у досліджуваних КГ, хоч показники і в тих, і в інших в межах 4,0-4,5. Показники обох груп є пограничними, що означає наявність гіподинамії серед студентів під час дистанційного навчання. Після проведеного дослідження показники значно зросли, так у КГ 5,1 бали, а в ЕГ 5,0 балів.

Третій критерій, як суб'єктивний показник психоемоційного стану в дослідженні – «настрій». Середнє значення показників настрою на початку дослідження виявилось, як і попередні два критерії, нижчим серед студентів ЕГ, що складає 4,2 ніж КГ показники якої 4,8 що свідчить про сприятливий стан. Після дослідження КГ мала 5,1 бали, а ЕГ 4,9 балів.

За результатами індекса Кердо, показники у КГ до дослідження становили ($0,87 \pm 0,04$), що свідчили про виявлений вегетативний дисбаланс з перевагою парасимпатичної нервової системи, що проявлявся у даних осіб брадикардією, гіпотонією, підвищеною сонливістю, а також загальною слабкістю. Після дослідження цей коефіцієнт становив ($1,00 \pm 0,03$), що свідчить про ефективність засобів фізичної терапії та покращення стану. У ЕГ показники до дослідження становили ($1,02 \pm 0,03$) що свідчить про порушення балансу вегетативної нервової системи з перевагою тону симпатичної нервової системи. У даної групи студенток відмічалось підвищення АТ, тахікардія, почервоніння шкіри, головний біль. Після дослідження цей показник становив ($1,00 \pm 0,04$), що свідчить про покращення ситуації.

За результатами ортостатичної проби підвищена реактивність симпатичної частини вегетативної нервової системи виявлена у ЕГ ($24,50 \pm 3,10$) гіперсимпатикотонічну реакцію, порівняно зі КГ у якої ($18,30 \pm 2,52$) нормальна реакція, про що свідчить збільшення ЧСС при зміні положення тіла у вертикальне положення.

Після дослідження показники обох груп зрівнялися з нормальними: у ЕГ ($18,15 \pm 0,94$) та ($16,26 \pm 1,60$) у КГ що свідчить про нормалізацію тону симпатичного відділу вегетативної нервової системи.

Висновки. Аналіз сучасної науково-медичної літератури дозволяє стверджувати, що вегетативна дисфункція найбільш розповсюджена патологія серед студентів, яка може виникати на тлі стресових факторів серед студентів дистанційного та змішаного навчання, а також з'ясовано ефективність комплексного підходу лікування, яке включає ЛФК, масаж, аутогенне тренування, а також корекцію харчування, режиму дня, праці та відпочинку. Розроблена нами програма фізичної терапії має позитивний вплив на функціональний та психоемоційний стан, а також соматичне здоров'я в цілому, що дозволяє рекомендувати такий комплекс заходів, як ефективний засіб лікування вегетативної дисфункції серед здобувачів освіти.

Література

1. Лис Ю.С. Дослідження функціонального стану студентів у процесі навчання. *Збірник наукових праць Харківського університету Повітряних Сил*. Харків, 2016. № 3(48). С.208-211.

2. Новікова А.О., Маломуж Т.В. Функціональний стан студента на дистанційному навчанні. *Біомедична інженерія і електроніка*. С. 8-10. DOI: 10.6084/m9.figshare.12386507 LCC - № L7-991.

3. Савельєва О.В., Рябініна А.Г. Нейроциркуляторна дистонія: методичні рекомендації. Одеський нац. мед. ун-т. Одеса. 2020. С.2-17. URL: https://allref.com.ua/uk/skachaty/Neirocirkulyatornaya_distoniya

4. Клініко-морфологічні зміни серцево-судинної системи у хворих на кардіоневроз / М. О. Черних та ін. *Нейроциркуляторна дистонія*. 2019. №3 (23). С. 515-521.

5. Bentsa T. M. Нейроциркуляторна дистонія: раціональні підходи до діагностики та лікування. ІІ [інтернет]. 16, Травень 2021. № 3(219). С. 29-35. URL: <http://lu-journal.com.ua/article/view/198447>

ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ СТРЕСУ В ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ

Варич А. М., Кокоріна С. А., Гуменна Л. В.

Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради

Ключові слова: стрес, медична сестра, стресостійкість, ментальне здоров'я, професійні обов'язки.

Актуальність проблеми. Війна, яку переживає українське суспільство з 24 лютого 2022 року, завдає тривалу фізичну та психологічну шкоду більшості населення, позначається на емоційному стані громадян, спричиняє негативний вплив на їх життя, фізичне та ментальне здоров'я. За даними МОЗ психосоціальна підтримка потрібна щонайменше 15 мільйонам громадян України, які відчувають погіршення психоемоційного стану різного ступеня тяжкості.

Особливо велике стресове навантаження з початком повномасштабної війни в Україні несуть медичні працівники, адже вони відповідають ще і за життя своїх пацієнтів, надають невідкладну допомогу як медичну так і психологічну, перебувають постійно в стані хронічного стресу. Тому важливим аспектом є адаптація медичних працівників, відновлення їх психологічного ресурсу для збереження здоров'я та якісного виконання своїх професійних обов'язків [5].

Мета дослідження. Провести огляд літературних джерел з даної проблематики та дослідити рівень впливу стресу в діяльності медичних сестер загальної практики сімейної медицини та їх стресостійкість під час війни.

Матеріали та методи. Дослідження проводилось шляхом тестування та анонімного анкетування 125 медичних сестер загальної практики сімейної медицини міста Житомира та області. Дані були піддані статистичній обробці. Для вивчення всіх аспектів окресленої проблеми та досягнення мети використано також методи системного аналізу й узагальнення, бібліосемантичний та клініко-статистичний метод, проведено огляд літературних джерел.

Результати дослідження. Стрес у перекладі з англійської мови означає «напруга». Вперше термін «стрес» застосував ще у 1936 році канадський ендокринолог угорського походження Ганс Сельє. Вчений описав зв'язок між відчуттям тривоги та тим, як це може відобразитись на організм [3]. Сельє виявив неспецифічну (тобто не пов'язану з конкретною причиною), універсальну, або загальну, реакцію організму на зовнішні впливи, що потребують змін. Саме таку реакцію він і назвав спочатку «загальним адаптаційним синдромом», а потім перейменував на «стрес». Вчений підкреслив, що стрес – є частиною нашого життя і існування без нього не можливе [3].

Виникнення та переживання стресу залежить не стільки від об'єктивних, скільки від суб'єктивних чинників – від особливостей самої людини: як вона оцінює саму ситуацію; як вона зіставляє свої сили із тим, що відбувається. Будь-яка несподіванка, яка порушує звичний перебіг життя може стати причиною стресу або стресором. Тому є досить важливим навчитись правильно сприймати та реагувати на такі явища, що спричинюють стрес, особливо довготривалий [5]. Адже відомо, що довготривалий стресовий стан виснажує організм, спричинює розвиток тяжких психологічних станів та різноманітних психосоматичних захворювань.

Стрес відбувається у 3 фази:

1. Тривога: налаштування на боротьбу або втечу (фізіологічні зміни: згущення крові, підвищення тиску, збільшення печінки тощо). Опір організму спочатку знижується («фаза шоку»), а потім включаються захисні механізми («фаза протишоку»).

2. Фаза опору: (резистентності, стійкості, адаптації). Організм намагається опиратися загрози або справлятися з нею, якщо загроза продовжує діяти і її не можна уникнути. Фізіологічні реакції перевищують норму, і це робить тіло вразливішим для інших стресорів.

3. Фаза адаптації або виснаження: якщо дія стресу продовжується і людина неспроможна адаптуватися, це може виснажити ресурси тіла. Фаза виснаження характеризується вразливістю до втоми. Фізичні проблеми призводять до хвороб і навіть до загибелі організму. Ті самі реакції, які дозволяють опиратися короточасним стресорам, – підсилення енергії напруження м'язів, недопускання ознак болю, припинення травлення, підвищення тиску крові – за тривалої дії шкідливі. Виснажені ресурси тягнуть за собою різні хвороби або навіть смерть [1].

Однозначно стресогенними ситуаціями через широкомасштабні воєнні дії на території України для медичних працівників є відсутність контролю над подіями, безсилля, неможливість змінити ситуацію та виконати в повному обсязі свої професійні обов'язки, невпевненість у майбутньому. Аналізуючи анкети медичних сестер, було встановлено, що більшість опитаних працюють в медичних закладах міста (71.4%) і 28.6% - в сільській місцевості. 48.6% респондентів мають стаж роботи більше 10 років, 32.1% - від 5 до 10 років, 15.1% - від 3 до 5 років, і 4.2% мають стаж роботи до 1 року. Для визначення фізичних та психологічних проявів стресу було поставлено ряд запитань. На запитання «Чи є у Вас проблеми зі сном?» варіант «немає» обрали 20.3%, «періодично» - 51.6%, 19.8% опитуваних обрали варіант «часто» і 8.3% мають таку проблему «майже кожного дня». Тахікардія та підвищений артеріальний тиск присутні у 28.5% опитаних, а 72.5% респондентів не мають такої проблеми. Головні болі, нетривалі запаморочення наявні у 33.7%. На запитання про збільшення або втрату ваги через переїдання чи недоїдання 34.4% відповіли, що іноді виникають проблеми, 48.5% стверджували, що немає проблем, 10.6% іноді мають і 6.5% мають проблеми постійно.

Нудота, розлади травлення або проблеми з травленням періодично наявні у 25.2% респондентів.

Емоційний дистрес, депресію, періодичний сум або плач, тривожність, відмічали 12.5%, дратівливість і злість, спалахи гніву присутні у 27.3% опитаних. На запитання «Чи виникає у вас відчуття емоційної перевтоми?» 55% відповіли «іноді», 27.1% «не виникає», 10.3% «часто», та 6.6% медичних сестер дали відповідь «постійно». Тож ми можемо стверджувати, що 51.3% опитаних медичних сестер мають середній рівень стресу, що відображається на їхньому фізичному та емоційному стані.

Висновки. Стресостійкість забезпечує медичним працівникам надійне і безпечне функціонування під час трудової діяльності, і, відповідно, чим вище буде її рівень, тим менш чутливою до негативних впливів стресових факторів буде людина. Проаналізувавши ознаки професійного стресу в медичних працівників, було встановлено, що професія медичної сестри - одна з тих, де прояви стресу в роботі різноманітні та численні. За результатами нашої роботи половина медичних сестер мають середній рівень стресових розладів, що відображається на їхньому здоров'ї, виконанні професійних обов'язків та знижує якість життя. Тому, дана проблема, потребує подальшого вивчення профілактики стресу у медичних сестер, збереження психологічного позитивного стану і зміцнення їх власного психічного здоров'я.

Література

1. Наугольник Л. Б. Психологія стресу: підручник. Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2015. 324 с.
2. Пророк Н. С. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 1. за заг. ред. Н. С. Пророк. Київ, 2018. 208 с.
3. Сельє Г. Стрес без дистреса. / Ганс Сельє; пер. з англ. / [Електронний ресурс]. URL: http://bookz.ru/authors/sel_e-gans/distree/page-2-distree.html
4. Тімченко О. В. Кризова психологія: навчальний посібник / О. В. Тімченко. Харків : НУЦЗУ, 2010. 401 с.
5. Шевченко О. Т. Резилентність медичних сестер як чинник успішної професійної адаптації. 15 жовтня 2019 року Черкаси: 368с.

ВПЛИВ ЗАСОБІВ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ НА КОРЕКЦІЮ НАДЛИШКОВОЇ МАСИ ТІЛА У ПІДЛІТКІВ

Гараз Ю.Г., Русин Л.П.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Ключові слова: надлишкова маса тіла, підлітки, фізична терапія, дієтотерапія, рухова активність.

Актуальність обраної теми визначається тим, що ожиріння є хворобою XXI століття, з якою потрібно боротися якнайшвидше. Зайва вага негативно впливає на стан здоров'я людей, а отже, і на тривалість життя. За останні 100 років ожиріння стало одним із головних соціальних проблем [1, 2].

Найчастіше від ожиріння страждають як доросле, так й підростаюче покоління. Незаперечний той факт, що ожиріння в підлітковому віці позначається на повноцінності життя людини, як правило, воно найважче піддається лікуванню та негативно впливає на здоров'я. Ставлення до статури у підлітка закладається у дитинстві через традиції харчування, які культивуються у ній [4].

Підлітки з надмірною масою тіла досить часто відчують дискримінаційні обмеження при навчанні в школі, відчують незручність при спілкуванні з однолітками, повсякденні побутові незручності, обмеження на заняттях фізичною культурою, у виборі одягу [4-6].

Дослідження останніх років показують, що заходи, спрямовані на зміну способу життя та мотиваційне навчання пацієнтів та їх батьків, а також курси медикаментозної терапії з метою боротьби з ожирінням у підлітків, ефективні лише у короткостроковій перспективі. У зв'язку з цим, лікування ожиріння у підлітків має бути комплексним та тривалим [1-3].

Все вище перераховане визначає актуальність дослідження, присвячених розгляду застосування сучасних засобів фізичної терапії для корекції надлишкової маси у підлітків та оцінку їх ефективності.

Мета дослідження: дослідити особливості застосування сучасних засобів фізичної терапії для корекції надлишкової маси у підлітків.

Методи дослідження: теоретичний аналіз та узагальнення літературних даних, спостереження, тестування, експеримент, методи математичної статистики.

Результати дослідження. Наше дослідження проводилося на базі Ужгородського ліцею №3 Ужгородської міської ради Закарпатської області з учнями віком 14-16 років. Було обстежено учнів у кількості 20 осіб із загальним діагнозом – ожиріння, які були поділені на дві групи.

Десять осіб склали експериментальну групу, в якій використовувався комплекс сучасних методів профілактики і лікування надмірної маси тіла та ожиріння у дітей підліткового віку та десять осіб склали контрольну групу, в

якій застосовувався стандартний комплекс фізичних вправ, що застосовується зазвичай на уроках фізичної культури.

До початку нашого дослідження експериментальна та контрольна групи мали практично однакові значення за всіма показниками, що тестуються.

Розроблено ефективний комплекс фізичної реабілітації за допомогою сучасних методів профілактики і лікування надмірної маси тіла та ожиріння у дітей підліткового віку.

Попереднє вивчення стану ваги показало, що у всіх учнів, що беруть участь в експерименті, вага перевищує ідеальну в середньому на 6,8 кг, що становить приблизно 10,8%, ІМТ тільки у 1 з 10 відповідає нормі - що склало 10%, в тесті талії / стегна у 2 з 10 співвідношення гаразд, що становить 20%.

ІМТ на початку дослідження у контрольній групі становив $25,94 \pm 0,32$, в експериментальній групі $25,56 \pm 0,09$. Якщо ІМТ більше 25, це свідчить про наявність початкової стадії ожиріння.

Дослідження на початку показують, що у більшості учнів в обох групах спостерігається підвищений артеріальний тиск (систоличний та діастолічний). Дані літератури підтверджують, що надмірне відкладення жиру негативно позначається на функції серцево-судинної системи та сприяє розвитку артеріальної гіпертензії.

Результати тестування на початку дослідження (таблиця 1)

Таблиця 1

Основні показники в учнів з ожирінням на початку дослідження

№ п/п	Показники	Контрольна група	Експериментальна група	P
1.	Маса тіла, кг	$62,1 \pm 2,022$	$63,3 \pm 2,002$	$>0,05$
2.	ІМТ - індекс маси тіла, $\text{кг}/\text{м}^2$	$25,94 \pm 0,32$	$25,56 \pm 0,09$	$>0,05$
3.	Співвідношення стегон	$0,873 \pm 0,06$	$0,885 \pm 0,01$	$>0,05$
4.	АТ систолічне мм рт.ст.	$132 \pm 5,1$	$132,5 \pm 3,35$	$>0,05$
5.	АТ діастолічний мм рт.ст.	$94,5 \pm 3,5$	$94 \pm 3,7$	$>0,05$
6.	ЖЕЛ, мл	$2130 \pm 155,24$	$2230 \pm 148,66$	$>0,05$
7.	Ситуативна тривожність бал	$30,4 \pm 1,85$	$31,3 \pm 2,15$	$>0,05$
8.	Особистісна тривожність, бал	$33,9 \pm 2,37$	$33,4 \pm 1,62$	$>0,05$

Після проведення експерименту, знову проводилося тестування для визначення ваги та зростання учнів, індексу маси тіла, кола талії та стегон, артеріального тиску та рівня тривоги.

Використовуючи методи математичної статистики, проводили обробку даних у ході тестування. Що в результаті дозволило порівняти результати до та після проведення дослідження.

В обох групах спостерігається позитивна динаміка досліджуваних результатів (таблиця 2).

Таблиця 2

Досліджувані показники в учнів з ожирінням наприкінці дослідження.

№п/п	Показники	Контрольна група	Експериментальна група	P
1.	Маса тіла, кг	61,5±2,20	58,5±2,06	≤0,001
2.	ІМТ - індекс маси тіла, кг/м ²	25,7±0,79	24,71±0,79	≤0,001
3.	Співвідношення талії стегна	0,87±0,06	0,78±0,017	≤0,001
4.	АТ систолічний мм рт.ст.	128±2,45	121±2	≤0,001
5.	АТ діастолічний мм рт.ст.	92±2,45	81±2	≤0,001
6.	ЖЕЛ, мол	2210±113,58	2580±74,83	≤0,001
7.	Ситуативна тривожність бал	31,6±1,62	22,1±1,76	≤0,001
8.	Особистісна тривожність, бал	36,2±1,25	19±1,89	≤0,001

Після проведення дослідження, маса тіла у контрольній групі зменшилася незначно, а у контрольній групі зменшилась у середньому на 2,5 кг. З результатів експерименту видно, що в контрольній групі індекс маси тіла покращився, але в середньому по групі перевищує норму, в експериментальній групі показник значно покращився та відповідає нормі. У контрольній групі артеріальний систолічний та діастолічний тиск практично не змінився, а експериментальній групі тиск прийшов у норму у всієї групи.

Поліпшення антропометричних показників та стану карді респіраторної системи не могло не позначитися на психоемоційному стані учнів.

Суб'єктивна оцінка ситуативної тривожності та особистісної тривожності у учнів у контрольній та експериментальній групах була достовірно нижчою ($p < 0,001$) порівняно з початком експерименту.

Висновки. Після проведення дослідження виявили достовірну відмінність ($p < 0,001$) на користь учнів експериментальної групи порівняно з контрольною групою з досліджень. У ході дослідження виявлено значне збільшення рухової активності та зменшення показника індексу маси тіла.

В результаті проведеного дослідження було виявлено, безперечно перевагу розробленого комплексу фізичної реабілітації для учнів, які страждають на ожиріння, як за нормалізацією ваги тіла, так і за станом кардіореспіраторної системи та психоемоційної сфери.

Загалом отримані результати показали високу ефективність запропонованого нами реабілітаційного комплексу (поєднання дієтотерапії та фізичних вправ аеробної та анаеробної спрямованості) для корекції надлишкової маси у підлітків.

Література

1. Латіна Г.О. Оцінка превентивної спрямованості фізичного виховання при надлишковій масі тіла у дітей шкільного віку. *Наука і освіта*. 2016. №8. С. 101-105.
2. Araujo J., Ramos E. Childhood obesity and risk factors for cardiovascular disease - a life course. an approach. In: *Porto Biomed. Zh.*, 2017. No. 1. 2(4). P. 102–110.
3. Battakova Zh. and others. Modern approaches to solving the problem of children Bibleoni M., Pons A., Tur J. Prevalence of overweight and obesity in adolescents: A Systematic review. In: *ISRN Obesity*, 2013, ID 392747, pp. 1-14
4. Baydal J. Risk factors for childhood obesity in the first 1000 days. Review. In: *Am J Prev Med*. 2016. NO. 50(6). P. 761–779.
5. Birbilis M. et al. Obesity in adolescence is associated with perinatal risk factors, parental BMI, and sociodemographic characteristics. In: *Eur J Clin Nutr*. 2012. No. 67. P. 115–121.
6. Biswas T. et al. Overweight and obesity among children and adolescents in Bangladesh: a systematic review and meta-analysis. *Public Health*. 2017. No. 142. P. 94-101.

ОСОБЛИВОСТІ ПРОФІЛАКТИКИ ПАРЕНТЕРАЛЬНИХ ІНФЕКЦІЙ В СЕРЕДОВИЩІ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

Гордійчук С.В., Котенко М.Г., Шигонська Н.В.

Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради

Ключові слова: парентеральні інфекції, профілактика, медичні працівники, вірусні гепатити, ВІЛ-інфекція.

Актуальність проблеми. За оцінкою Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) Україна продовжує залишатися регіоном з високим рівнем поширення парентеральних інфекцій (ПІ) серед країн Європи [12; с.32].

Незважаючи на запровадження та реалізацію численних заходів з профілактики масштаби парентеральних інфекцій в Україні набули статусу глобальної «епідемії», особливо у закладах охорони здоров'я. А тому питання ефективної профілактики парентеральних інфекцій, пов'язаних з наданням медичної допомоги, досі залишається не вирішеним та становить реальну загрозу здоров'ю медичних працівників та сприяє розвитку так званих «професійних хвороб» [9].

Мета дослідження. Дослідити особливості здійснення профілактики парентеральних інфекцій в середовищі медичних працівників.

Матеріали та методи. Використано бібліосемантичний метод, який ґрунтується на аналізі теоретичного матеріалу в межах проблеми дослідження, метод системного аналізу та логічного узагальнення, який сприяв структуризації результатів.

Результати дослідження. Небезпека зараження медичних працівників парентеральними інфекціями підвищується внаслідок виконання медичних маніпуляцій. Переважно, це відбувається внаслідок колото-різаних травм, які спричинені уколом потенційно зараженої голки [8; с.42].

Відповідно до статистичних даних укол голкою є однією з найпоширеніших травм серед медичного персоналу. Дані свідчать, що ризик травми (уколу) підвищений у разі використання голки для проведення медичних маніпуляцій - 52%, при розборі шприца - 19%, під час утилізації голки - 22% випадків. Незахищений контакт із контамінованими голками та іншим медичним інструментарієм є ризиком для медичних працівників щодо інфікуватися агентами, що мають гемоконтактний механізм передачі – вірусні гепатити (ВГ) типу В, С, D та ВІЛ-інфекція [8; с.44-44].

Охарактеризуємо існуючі профілактичні заходи означених ПІ, зокрема визначимо особливості профілактичної роботи щодо них в середовищі медичних працівників.

Головним засобом первинної профілактики ВГ типу В і D є вакцинація. Оскільки зараження вірусом гепатиту D неможливе без присутності вірусу гепатиту В, то вакцинація проти вірусу ГВ є надійним захистом також від інфікування й ВГ типу D.

Варто зауважити, що вакцинуватися від гепатиту В можна в будь-якому віці, якщо профілактичне щеплення не було виконано згідно рекомендацій ВООЗ та офіційно затвердженого Національного календаря профілактичних щеплення Міністерства охорони здоров'я України, а саме протягом 24 годин після народження в пологовому будинку [1].

У Наказі Міністерства охорони здоров'я України №1777 від 03.08.2020 р. «Про затвердження Заходів та Засобів щодо попередження інфікування при проведенні догляду за пацієнтами» зазначено, що медичні працівники з метою захисту себе повинні вакцинуватися від вірусного гепатиту В [5]. Також існує екстрена профілактика ГВ для контактних осіб, які раніше не були вакциновані. Це одночасне введення імуноглобуліну і вакцини, яке необхідно провести у перші 48 годин [10; с.23].

Вторинна профілактика ВГ передбачає вчасне діагностування та своєчасне лікування з метою попередження тяжких ускладнень.

З метою попередження поширення ВГ типу В необхідно: уникати контактів з біологічними рідинами, у т.ч. з кров'ю інших осіб; варто надавати перевагу пероральним шляхам ведення лікарських засобів, там, де це можливо; уникати випадкових статевих контактів, завжди використовувати засоби контрацепції; уникати спільного користування бритвами чи зубними щітками, манікюрними ножицями та іншими засобами індивідуального користування; при користуванні послугами пірсингу і татуювання, варто слідкувати за стерильністю інструментів; вагітним жінкам, у яких діагностовано гепатит В, слід запобігти передаванню вірусу до дитини [3].

На сьогодні вакцини проти ВГ типу С не існує, а тому профілактика інфекції полягає у зниженні ризику інфікування серед медичного персоналу у закладах охорони здоров'я. Розрізняють первинну, вторинну та третинну профілактику ГС. Рекомендовано наступні заходи первинної профілактики ГС, що рекомендовані ВООЗ:

- застосування бар'єрних контрацептивів;
- користування засобами разового (шприци, голки, крапельні системи, гінекологічні оглядові дзеркала тощо) та індивідуального (зубні щітки, леза для гоління, контактні лінзи) призначення;
- користування засобами індивідуального захисту (рукавички, окуляри, фартухи тощо) та виконувати регулярну гігієну рук;
- безпечне здійснення медичних ін'єкцій та користування стерильним інструментарієм багаторазового призначення (манікюрний, стоматологічний, хірургічний, лабораторний тощо);
- тестування донорської крові на гепатити В і С ;
- підвищення інформованості медичного персоналу про шляхи інфікування гепатитом С [2].

Вторинна і третинна профілактика передбачає допомогу інфікованим на ГС. ВООЗ рекомендує наступні заходи: консультації щодо різних варіантів медичної допомоги та алгоритмів лікування; активна імунізація вакцинами від гепатиту А і В з метою запобігання ко-інфекції цими вірусами для попередження ураження печінки; дотримання рекомендацій щодо алгоритмів лікування; регулярний моніторинг з метою раннього діагностування хронічних захворювань печінки [11; с.77].

Однією з причин активного поширення ВІЛ/СНІДУ є відсутність ефективної вакцини проти ВІЛ-інфекції, а тому захворювання набуло пандемічного характеру. Хоч вірус є відомим давно, однак через його високу мінливість, створити вакцину поки питання майбутнього [4; с.89]. Заходи попередження інфікування ВІЛ-інфекцією схожі із профілактикуванням ВГ (уникати випадкових статевих зв'язків, не користуватися спільними засобами гігієни тощо), однак варто акцентувати увагу на ВІЛ-інфікованих жінках [6; с.5].

Вагітні ВІЛ-інфіковані жінки з метою попередження народженню хворої дитини, повинні звернутися в жіночу консультацію для проведення профілактичного лікування. А також для ВІЛ-позитивної матері, щоб запобігти інфікуванню дитини, варто відмовитись від грудного вигодовування [7; с.159].

Водночас існують й інші способи профілактики ВІЛ, такі як доконтактна (це прийом антиретровірусних препаратів неінфікованими людьми задля зниження ризику інфікування ВІЛ), постконтактна профілактика (необхідно розпочати якомога швидше протягом перших годин та не пізніше 72 годин після контакту) та лікування ВІЛ як профілактика (передбачає позитивний та безперервний прийом антиретровірусної терапії) [6; с.6-7].

Означені профілактичні рекомендації щодо попередження ПІ є корисними як для медичних працівників, так і для населення. Адже населення є потенційним джерелом для зараження медичних працівників.

Сьогодні до процесу протидії ПІ активно приєднується Центр громадського здоров'я, а його фахівці концентрують увагу на профілактичних послугах, що запобігають новим випадкам інфікування ВГ, ВІЛ, а також популяризують проходження тестування на ВІЛ і скринінг на ВГ серед населення. Водночас фахівці проводять фахові консультації щодо здорового способу життя та підвищують обізнаність населення про шляхи та умови можливого інфікування, прояви, заходи профілактики ПІ.

Висновки. З'ясовано, що одним із ефективних видів профілактики є уникнення потенційно-небезпечних ситуацій при виконанні професійних обов'язків та регулярне тестування на ВІЛ й скринінги на вірусні гепатити, як медичних працівників, так і серед населення. Незважаючи на існуючі методи специфічної та неспецифічної профілактики, активну співпрацю охорони здоров'я та галузі громадського здоров'я проблема розповсюдження парентеральних інфекцій зростає, що свідчить про наявність прогалин у контролі епідемії, яка наразі стосується кожного, адже ризик інфікуватися залишається високий, як серед населення, так і медичних працівників.

Література

1. Вірусні гепатити. Центр громадського здоров'я МОЗ. URL: <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/virusni-gepatiti> (дата звернення 30.10.2023 р.)
2. Гепатит С: профілактика зараження на робочому місці. *Медична справа*. URL: <https://medplatforma.com.ua/article/2043-gepatit-s-profilaktika-zarazhennya-na-robochomu-misti> (дата звернення 30.10.2023 р.)
3. Епідеміологія гепатиту В в Україні: офіційна статистика, реалії, проблеми, перспективи. URL: <http://surl.li/nhwos> (дата звернення 30.10.2023 р.)
4. Загальні підходи до ведення пацієнтів з ВІЛ-інфекцією/СНІДом в практиці сімейного лікаря: навчально-методичний посібник для студентів VI курсу медичного факультету спеціальності «Лікувальна справа», «Педіатрія» за програмою навчальної дисципліни «Загальна практика - сімейна медицина» / Н. С. Михайловська, Т. О. Кулинич, О. О. Антипенко. Запоріжжя: ЗДМУ, 2020 р. 189 с.
5. Наказ МОЗ України №1777 від 03.08.2020 р. «Про затвердження Заходів та Засобів щодо попередження інфікування при проведенні догляду за пацієнтами». Online. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1110-20#Text> (дата звернення 30.10.2023 р.)
6. Петренко В. І. Сучасний погляд на проблему поєднаної потрійної інфекції: туберкульозу, ВІЛ/СНІДу, гепатитів В і С. *Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція*. № 4. 2012. С. 5-7.
7. Попередження передачі ВІЛ від матері до дитини, діагностика, лікування та соціальнопсихологічна підтримка ВІЛ-інфікованих: навчальний посібник для студентів вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації / В. М. Запорожан [та ін.]. Київ.: Здоров'я, 2010 р. 159 с.
8. Профілактика аварійних станів під час надання медичної допомоги ВІЛ-інфікованим пацієнтам // В. М. Бутенко, С. Л. Грабовий, А. Г. Дьяченко, О. П. Панченко, О. В. Псарьова, Г. О. Чіванова, П. А. Дьяченко. *Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція*. № 2. 2013 р. С. 42-44.
9. Профілактика професійних захворювань медичних працівників на вірусні гепатити. *Медична справа*. URL: <https://medplatforma.com.ua/article/696-proflaktika-profesynih-zahvoryuvan-medichnih-pratsvnikv-na-vrusn-gepatiti> (дата звернення 30.10.2023 р.)
10. Сковронська І.Г., Толокова Т.І. Вірусний гепатит як професійна патологія та заходи щодо його профілактики у лікувальних закладах. *Медсестринство*. 2018. № 1. С. 23–26.
11. Мамедова Е.С., Голубовська О.А., Пронюк Х.О.. Сучасний погляд на перебіг та лікування ко-інфекції ВІЛ і ВГС *Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція*. 2014. № 1. С. 77.
12. Шатило В.Й. Медико-соціальне обґрунтування системи медичного забезпечення хворих на парентеральні вірусні гепатити В і С: автореф. дисертації д-ра мед. наук: (14.02.03) Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика МОЗ України. К., 2007 р. 32 с.

ДОСВІД І АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ПІДГОТОВКИ МАГІСТРІВ ГАЛУЗІ ЗНАНЬ «ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я» В ЖИТОМИРСЬКОМУ МЕДИЧНОМУ ІНСТИТУТІ

*Гордійчук С. В., Шатило В. Й., Заболотнов В. О.,
Кірячок М.В., Заблоцька О. С., Антонов О. В.*

Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради

Ключові слова: магістри, охорона здоров'я, медсестринство, громадське здоров'я, інтелектуальна власність.

Актуальність. В останні десятиліття в Україні запроваджено підготовку фахівців нових спеціальностей галузі знань «Охорона здоров'я», зокрема, - це магістри спеціальності «Медсестринство» та спеціальності «Громадське здоров'я», які відіграють важливу роль в системі охорони здоров'я, медичній освіті тощо [2,3,4]. Ефективність діяльності зазначених фахівців залежить від якості їх підготовки, особливо значущою є наукова складова, як засіб науково-обґрунтованого розвитку системи охорони здоров'я, системи громадського здоров'я і підвищення якості медичної освіти [1, 2, 5].

Мета дослідження. Оцінити якість підготовки здобувачів другого магістерського ступеню освіти в Житомирському медичному інституті.

Матеріали і методи дослідження. Під час аналізу використані результати і матеріали досвіду підготовки студентів в магістратурі з спеціальностей 223 «Медсестринство» і 229 «Громадське здоров'я» за період 2008-2023 р.р. в Житомирському медичному інституті

Результати та їх обговорення. Реалізацією стратегій освітньої діяльності і наукових досліджень опікуються випускові кафедри «Сестринська справа» та кафедра технологій медичної діагностики, реабілітації та здоров'я людини. Ряд освітніх компонентів реалізує кафедра природничих та соціально-гуманітарних дисциплін.

При виконанні наукового дослідження і написанні магістерської роботи здобувач вищої освіти повинен уміти:

- вибрати тему магістерської роботи у відповідності до наукової спеціальності та майбутньої професійної діяльності;
- формулювати мету, завдання, визначити об'єкт, предмет і гіпотезу дослідження;
- складати план дослідження;
- вести бібліографічний (патентно-інформаційний) пошук із застосуванням сучасних інформаційних технологій;
- використовувати сучасні методи наукового дослідження, модифікувати наявні та розробляти нові методи, виходячи із завдань конкретного дослідження;
- розробляти анкети для соціологічних досліджень, карти індивідуального спостереження для збору матеріалу наукового дослідження;

- отримані власноруч наукові результати вміти аналізувати, узагальнювати, обробляти з використанням сучасних методів наукового дослідження;

- оформляти результати досліджень і проводити їх апробацію, відповідно до сучасних вимог, у вигляді анотацій, тез, статей, доповідей, презентацій та інших об'єктів інтелектуальної власності на наукових форумах.

З метою якісної підготовки фахівців під час навчання в магістратурі, науково-педагогічними працівниками кафедр розроблено стратегію та напрями наукових досліджень відповідно до спеціальності.

Важливим кроком в удосконаленні підготовки магістрів стало розроблення та затвердження «Положення про наукову діяльність в магістратурі, підготовку і захист кваліфікаційних магістерських робіт»(далі Положення).

В Положенні визначено порядок виконання і захист магістерської роботи, етапи виконання дослідження і атестації здобувачів освіти, який проводиться в певній послідовності. Етапи атестації включаються, в обов'язковому порядку, до індивідуального плану підготовки магістерських робіт до захисту.

Наприкінці першого семестру проводиться затвердження:

- теми магістерських робіт;
- наукових керівників, відповідно до напрямку дослідження і наукової спеціальності керівника;
- індивідуальних планів виконання магістерських робіт.

В процесі виконання магістерської роботи важливою є тісна співпраця здобувача вищої освіти, наукового керівника, завідувача кафедри, наукового відділу, комісії з біоетики та інших структур, дотичних до підготовки магістрів.

Атестація здобувачів освітнього ступеня магістр проводиться публічно у формі захисту кваліфікаційної роботи.

Таким чином, відповідно до вище викладеного алгоритму проведення наукового дослідження, в Житомирському медичному інституті, за період 2008-2023 років, підготовлено та успішно захищено 218 магістерських робіт з спеціальності 223 «Медсестринство» і 86 робіт зі спеціальності 229 «Громадське здоров'я».

Нами проведено аналіз тематики напрямків і рейтинг напрямків наукових досліджень студентів магістратури ОПП «Сестринська справа»:

- на першому місці, - 32,5%, - тематика наукових досліджень «Медсестринський процес при наданні допомоги пацієнтам з соціально значимими хворобами»;
- друге місце, - 25,6%, - тематика «Удосконалення медичної освіти»;
- на третьому місці, - 19,4%, - «Стандартизація медсестринського процесу».

Аналіз напрямків досліджень і їх рейтинг у здобувачів вищої освіти другого магістерського ступеню спеціальності «Громадське здоров'я»:

- 1 місце, - 31% - профілактика захворювань, профілактичні технології;
- 2 місце, - 20% - формування ЗСЖ, якість життя;
- 3 місце, - 15% - вплив на здоров'я людини соціальних детермінант.

Нами проведено аналіз і представлена характеристика об'єктів інтелектуальної власності(далі ОІВ).

За 15 років підготовки фахівців з спеціальності 223 «Медсестринство», 218 магістрів-випускників створили та оприлюднили (публікували) 1627 ОІВ, або 7,4 об'єктів на одного випускника.

За 6 років (2018-2023 рр.) 86 випускників магістратури спеціальності 229 «Громадське здоров'я» створили 585 ОІВ, - 6,8 об'єктів на одного випускника. Тобто, суттєвої різниці в розрахунку кількості ОІВ на одного випускника магістратури «Медсестринство» і «Громадське здоров'я» не виявлено. Тому далі аналіз характеристики ОІВ розглянемо в узагальненому вигляді.

В сумарному вигляді, 304 випускників магістратури створили 2157 об'єктів інтелектуальної власності, або 7,0 об'єктів на одного магістра.

Узагальнені дані свідчать, що найбільша питома вага серед створених об'єктів інтелектуальної власності представлена тезами 1510(70,0%); на другому місці, статті опубліковані у науково-практичних і фахових виданнях, - 301(14,0%); на третьому місці – анкети(опитувальники для соціологічних досліджень), карти індивідуального спостереження – 270(12,0%). Слід відзначити, що в останні роки збільшилось число публікацій в фахових виданнях.

Щорічно здійснюється оцінювання випускників магістратури за ступенем сформованості наукової комунікативної компетентності, що поділяється на 4 рівні: початковий (репродуктивний), середній (адаптивний), достатній (конструктивний) і високий (креативний).

Результати оцінювання ступеня сформованої науково-комунікативної компетенції серед випускників магістратури спеціальностей «Медсестринство» і «Громадське здоров'я» за період 2010-2023 рр наступні:

Кількість випускників із початковим (репродуктивним) рівнем становить 3,0% (9) від числа всіх випускників.

До середнього (адаптивного) рівня віднесено 47,0% (142) випускників.

Достатній (конструктивний) рівень, - 42,0% (129) випускників.

Високий (креативний) рівень – віднесено 8,0% (24).

За весь період підготовки магістрів другого освітнього ступеню спеціальностей «Медсестринство» і «Громадське здоров'я» результати проведених досліджень і їх публічний захист оцінені Екзаменаційною комісією слідуючим чином, - 70,0% (213) випускників захистили магістерські роботи на «відмінно», 26% (79) на «добре», 4% (12) - на «задовільно».

Підсумовуючи, можемо зробити висновок про значний науковий і інтелектуальний потенціал випускників магістратури з спеціальностей 223 «Медсестринство» і 229 «Громадське здоров'я», який необхідно використовувати для розвитку служби громадського здоров'я і медсестринської освіти, науки і практики в Україні.

Висновки. Досвід Житомирського медичного інституту з професійної підготовки і наукової діяльності здобувачів вищої освіти ступеня магістра спеціальності 223 «Медсестринство» і 229 «Громадське здоров'я» доводить, що відбувається формування інноваційних кластерів наукових досліджень в медсестринстві і громадському здоров'ї, які збагачують вітчизняну наукову школу з розвитку медсестринства і служби громадського здоров'я на науково-обґрунтованих засадах.

На основі проведеного системного аналізу матеріалів науково-прикладних досліджень, формування наукових і професійних компетенцій, можна зробити висновок, що в Житомирському медичному інституті напрацьовано багатий досвід підготовки здобувачів вищої освіти в магістратурі, які спроможні до проведення наукової, освітньої діяльності в закладах вищої освіти та до реалізації завдань з підвищення якості медичної допомоги в практичній охороні здоров'я і збереження здоров'я людини.

Література

1. Дубасенюк О. А., *Методологія та методи науково-педагогічних досліджень: навчально-методичний посібник*. Житомир: Полісся, 2018. 256 с.

2. Шатило В.Й., *Стратегія розвитку медсестринства України на основі результатів науково-прикладних досліджень студентів магістратури Житомирського медичного інституту (2008-2019 рр.): монографія/за ред. В.Й.Шатила*. Житомир: Полісся, 2020. 336 с.

3. Шатило В.Й., Свиридюк В.З., Свиридюк В.В. *Наукові дослідження магістрів медсестринства та їх оцінка за наукометричними критеріями*. *Магістр медсестринства*. 2018. №2 (20).

4. Шатило В. Й., Свиридюк В.В., Свиридюк В.З.. *Оцінка наукових досліджень магістрів медсестринства засобами наукометрії*. *Магістр медсестринства*. 2017. №2 (18). С. 5-25.

5. Шатило В.Й., Свиридюк В.В., Свиридюк В.З. *Оцінка ефективності наукових досліджень магістрів медсестринства засобами сучасних інноваційних наукометричних технологій*. Матеріали Всукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Вища освіта в медсестринстві: проблеми і перспективи». Житомир: Полісся, 2017. С. 4.

ВІД ОРГАНІЗАЦІЇ ДО ВТРУЧАННЯ МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ КОМАНДИ

Дуб М.М., Брич В.В.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Ключові слова: організація, втручання, мультидисциплінарна реабілітаційна команда

Актуальність проблеми. Формування міцної та стійкої системи охорони здоров'я потребує наявності професіоналів, які зможуть забезпечити необхідний розвиток. Водночас слід пам'ятати, що відновлення пацієнтів – це складний процес, до якого залучаються одразу кілька фахівців, кожен з яких працює у злагодженій команді. Проте така співпраця повинна базуватися не лише на знаннях про функціонування організму людини, застосування певних вправ і методик, а й на чіткому розумінні ролі колег при проведенні втручань. Саме тому важливим аспектом при наданні реабілітаційної допомоги особам з обмеженнями повсякденного функціонування в реабілітаційних закладах, реабілітаційних відділеннях, підрозділах закладів охорони здоров'я є організація командної роботи фахівців відповідно до реабілітаційного періоду.

Мета дослідження – аналіз нормативних документів з питань організації роботи мультидисциплінарної команди у сфері охорони здоров'я.

Матеріали і методи. У ході дослідження використані бібліографічний метод, методи структурно-логічного аналізу та узагальнення. Матеріалами дослідження стала законодавча база щодо організації реабілітаційної допомоги у сфері охорони здоров'я.

Результати дослідження. Аналізом нормативних документів встановлено, що робота реабілітаційної команди чітко визначається на всіх реабілітаційних періодах відповідно до індивідуальних реабілітаційних планів осіб з обмеженнями повсякденного функціонування. До складу команд можуть бути включені такі фахівці: лікар фізичної та реабілітаційної медицини (ФРМ), фізичний терапевт, ерготерапевт, корекційні фахівці: логопед, дефектолог, терапевт мови і мовлення, психолог; лікарі різного профілю: невропатолог, ортопед, травматолог, терапевт, педіатр; медична (реабілітаційна) медсестра, соціальний працівник, протезист-ортезист. Додаткове залучення інших фахівців приймається за рішенням лікаря з фізичної та реабілітаційної медицини. Також до роботи мультидисциплінарної команди за потреби можуть залучатися лікар загальної практики-сімейний лікар, психіатр, юрист, педагог, а також представники недержавних організацій. Така командна робота, співпраця та координація з іншими фахівцями відіграють важливу роль у реалізації цілісного підходу в реабілітації пацієнтів та досягненні вагомого результату в їхньому відновленні.

Сам процес організації роботи реабілітаційної команди умовно включає проведення комплексного первинного, етапного та заключного обстеження

відповідно до спеціалізації кожного фахівця, оцінювання зібраних даних, формулювання реабілітаційного діагнозу, планування реабілітаційної допомоги на основі завдань, орієнтованих на пацієнта, проведення власне втручання та документування.

Отже, реабілітаційні обстеження та втручання фахівцями команди визначені нормативними документами. Так, Постановою КМУ від 16 грудня 2022 р. № 1462 регламентовано, що фахівці з реабілітації, що входять до складу мультидисциплінарної реабілітаційної команди, під час складення індивідуального реабілітаційного плану протягом гострого, післягострого та довготривалого реабілітаційних періодів повинні застосовувати Державний типовий план реабілітації осіб з обмеженнями повсякденного функціонування, який містить базовий перелік заходів з реабілітації у сфері охорони здоров'я. Водночас складання та виконання вказаних планів повинні здійснюватися відповідно до реабілітаційних маршрутів.

Не менш важливим у роботі реабілітаційної команди є документування реабілітаційного процесу з використанням національного класифікатора (НК) 030:2022 «Класифікатор функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я» та компонентів НК 025:2021 «Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я» та НК 026:2021 «Класифікатор медичних інтервенцій». Це надає змогу фахівцям з реабілітації, які працюють в складі мультидисциплінарної команди, надавати пацієнтоорієнтовану допомогу, краще розуміти функціональні обмеження та потреби особи, якій надаються реабілітаційні послуги, об'єктивно вимірювати прогрес реабілітаційних втручань. Проте документування повинно забезпечуватися в електронних системах. Це чітко визначено Порядком функціонування електронної системи охорони здоров'я, затвердженим постановою КМУ від 25 квітня 2018 р. № 411 «Деякі питання електронної системи охорони здоров'я» та Порядком організації надання реабілітаційної допомоги у сфері охорони здоров'я, затвердженого постановою КМУ від 3 листопада 2021 р. № 1268. Відповідно до вказаних документів фахівці мультидисциплінарної команди, залучені до надання реабілітаційної допомоги, у рамках своїх професійних компетентностей повинні вносити всю необхідну інформацію про надану реабілітаційну допомогу до електронної системи охорони здоров'я.

Найбільш важливим компонентом надання реабілітаційних послуг належної якості на засадах мультидисциплінарності є забезпечення у реабілітаційному закладі, відділенні чи підрозділі злагодженої організації роботи реабілітаційних команд. З цією метою щотижня повинні проводитися збори на чолі з лікарем фізичної та реабілітаційної медицини. Це дозволяє фахівцям з реабілітації за результатами реабілітаційного обстеження розробити, затвердити або змінити індивідуальні реабілітаційні плани, розглянути результати моніторингу та оцінювання виконання плану і здійснити за потреби його коригування.

Висновки. Отже, реабілітація має бути фаховою, участь у процесі надання реабілітаційної допомоги мають брати кваліфіковані фахівці з висококласною освітою, навичками та мотивацією. Підготовка фахівців з реабілітації, зокрема спеціальності 227 «Терапія та реабілітація», повинна передбачати формування у здобувачів освіти компетентностей щодо організації, управління та формування мультидисциплінарної команди, вироблення рішень, спрямованих на підвищення ефективності командної роботи, набуття практичних навичок з організації надання пацієнтоцентричної, цілеспрямованої реабілітаційної допомоги мультидисциплінарною командою на засадах Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ) особам усіх вікових груп з різними нозологічними станами здоров'я, що призводять до обмежень життєдіяльності протягом різних реабілітаційних періодів та на різних рівнях надання медичної допомоги.

Література

1. Питання організації реабілітації у сфері охорони здоров'я: Постанова Кабінету Міністрів України від 3 листопада 2021 р. № 1268. URL: https://zakononline.com.ua/documents/show/502435_737684
2. Деякі питання організації реабілітації у сфері охорони здоров'я: Постанова Кабінету Міністрів України від 16 грудня 2022 р. № 1462. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1462-2022-%D0%BF#Text>
3. Про внесення змін до постанов Кабінету Міністрів України від 25 квітня 2018 р. № 411 і від 3 листопада 2021 р. № 1268: Постанова Кабінету Міністрів України від 30 березня 2023 р. № 279. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/279-2023-%D0%BF#Text>

ГІГІЄНА ХАРЧУВАННЯ У ПРОФІЛАКТИЦІ ХВОРОБ ЛЮДИНИ

Заблоцька О. С., Степанчук І. М., Ніколаєва І. М.

Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради

Ключові слова: гігієна харчування, профілактика захворювань, раціональне та безпечне харчування.

Актуальність проблеми. Їжа – найскладніший мультикомпонентний чинник впливу на організм. За допомогою їжі ми можемо змінювати трофіку та функції тканин, органів, цілих систем.

Вивченням засад раціонального харчування, його ролі у профілактиці неінфекційних та інфекційних захворювань людини займається наукова галузь - Гігієна харчування.

Мета дослідження: встановлення ролі Гігієни харчування у профілактиці хвороб населення.

Матеріали та методи. Для проведення дослідження використано бібліографічний метод, метод аналізу, синтезу та узагальнення джерел наукової інформації.

Результати та їх обговорення. Через їжу людина активно контактує з навколишнім середовищем шляхом обміну речовин. Порушення співвідношення поживних речовин, мікроелементів та вітамінів, споживання продуктів, які містять патогенні або умовно-патогенні бактерії та їх токсини, надмірне вживання з їжею ароматизаторів, емульгаторів, барвників, забруднення продуктів харчування пестицидами призводить до виникнення токсикоінфекцій, гіповітамінозів, авітамінозів, ендемічних захворювань тощо [1].

У профілактиці хвороб людини Гігієна харчування використовує найрізноманітніші методи. Вивчення реакцій організму на характер харчування здійснюється морфологічними методами (гістологічними і гістометричними).

Вплив якісного і кількісного складу їжі на фізіологічні функції людського організму досліджується фізіологічними методами.

Вивчення обміну речовин у різних умовах праці і харчування відбувається з використанням біохімічних методів.

Дослідження санітарних умов виробництва продуктів харчування, додержання правил особистої гігієни працівниками харчових підприємств, вияву бактеріального забруднення виробничого середовища у разі виникнення спалахів харчових отруєнь відбувається з використанням мікробіологічних та вірусологічних методів.

Для виявлення гельмінтоносіїв, наявності яєць і личинок гельмінтів у харчових продуктах й об'єктах виробничого середовища застосовують гельмінтоовоскопічні методи.

Умови, що спричинили харчові отруєння, інфекційні і неінфекційні захворювання аліментарної природи вивчають методами епідеміологічного аналізу.

Склад та якість харчових продуктів, готової їжі, гігієнічних умов виробництва харчових продуктів визначають фізико-хімічними методами.

Для вивчення природної радіоактивності і ступеня забруднення харчових продуктів радіоактивними речовинами за різних умов застосовують радіологічні методи.

Біологічна цінність харчових продуктів, вияв їх токсичних властивостей на організм людини досліджується біологічними методами.

Вивчення захворювань аліментарної недостатності, надмірного харчування, харчових отруєнь, впливу різних режимів харчування на здоровий і хворий організм тощо здійснюють клінічними методами.

Для дослідження впливу харчування на здоров'я окремих контингентів населення використовують епідеміологічні методи [1].

Профілактика атеросклерозу, ішемічної хвороби серця, гіпертонічної хвороби, хвороб шлунку, кишок, печінки, підшлункової залози, інших неінфекційних захворювань внутрішніх органів здійснюється шляхом раціоналізації харчування окремих груп населення, як у конкретних професіях, так і - в побуті.

Для профілактики харчових отруєнь та інфекцій аліментарного генезу проводяться заходи з гігієнічної експертизи харчових продуктів.

Виробництво сільськогосподарської продукції, транспортування і реалізація харчових продуктів населенню відбувається з урахуванням чинників ризику для здоров'я людини шляхом суворого додержання санітарно-гігієнічних і протиепідемічних правил, норм і гігієнічних нормативів. У даному контексті з метою проведення запобіжного і поточного санітарного нагляду використовують сучасні інструментальні та лабораторні методи контролю.

Важливим напрямом профілактики хвороб, спричинених аліментарним генезом, неправильним харчуванням та харчовими отруєннями, усунення шкідливих звичок у харчуванні є формування у населення культури харчування, гігієнічних знань та навичок щодо раціонального і безпечного споживання їжі як складової здорового способу життя [2]. З цією метою розробляються і використовуються різноманітні методи санітарно-просвітницької роботи серед населення і пропаганди наукових знань про раціональне харчування [3].

Висновки та перспективи подальших досліджень. Гігієна харчування вивчає основи раціонального харчування, його ролі у профілактиці неінфекційних та інфекційних захворювань людини. Перспективними напрямками цієї галузі знань є:

– розробка основ лікувального харчування, у тому числі зондового і парентерального;

- теоретичні дослідження перетравлювання, усмоктування і асиміляції харчових речовин, у тому числі вивчення обміну і механізму дії вітамінів та інших незамінних компонентів їжі;
- розробка і медико-біологічна оцінка нових джерел харчового і кормового білка;
- розробка і уточнення норм потреби різних категорій населення у харчових речовинах і харчових продуктах;
- вивчення хімічного складу харчових продуктів і кулінарних страв;
- основи харчування здорової і хворої дитини, включаючи замітники жіночою молоком;
- вивчення залежності між фактичним харчуванням і здоров'ям населення;
- розробка основ профілактичного харчування;
- вивчення і розробка допустимих норм забруднення харчових продуктів солями важких металів, пестицидами, мікроорганізмами, бактеріальними і грибовими токсинами, нітросполуками тощо;
- дослідження впливу нових агротехнічних прийомів, що застосовуються у сільському господарстві (мінеральних добрив, стимуляторів росту, антибіотиків тощо), на якість і безпеку сільськогосподарської продукції;
- гігієнічна оцінка харчових добавок, нових технологічних прийомів виробництва і обробки харчових продуктів, у тому числі використання з цією метою ферментних препаратів тощо.

Література

1. Гігієна та екологія: Підручник / За редакцією В. Г. Бардова. Вінниця: Нова Книга, 2006. С. 276-278, 305-310.
2. Гігієна дітей та підлітків: посібник для студентів ВНЗ III-IV рівнів акредитації / за ред. М.М. Надворного. Одеса: Прес-кур'єр, 2014, 230 с.
3. Здоров'я дитини – здорове харчування: Навч.-метод. посіб. для вчителя навч. курсу за вибором для 5–7 кл. / [А. І. Довгань, А. А. Довгань, А. В. Овчарук та ін. / За заг.ред. Овчарук О. В.]. Київ, 2012. 128 с.

ВІДМОВА ВІД ГРУДНОГО ВИГОДОВУВАННЯ ЯК ПРОБЛЕМА ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Корнаш І.І., Брич В.В.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Ключові слова: грудне вигодовування, громадське здоров'я, відмова від грудного вигодовування, фактори відмови, підтримка грудного вигодовування.

Актуальність проблеми. Грудне вигодовування як незамінне джерело поживних речовин для здорового росту та розвитку немовлят визначають золотим стандартом дитячого харчування. Всесвітня Організація Охорони Здоров'я (ВООЗ) рекомендує виключно грудне вигодовування протягом перших шести місяців життя дитини, щоб забезпечити її оптимальний розвиток та зменшити ризик розвитку таких станів, як астма, ожиріння та діабет першого типу. Також грудне молоко сприяє підвищенню рівня інтелекту та готовності до школи [1, 2, 3].

Проте останнім часом зазначається зниження тривалості грудного вигодовування в багатьох країнах світу, в тому числі в Україні, де лише 19.7% дітей годуються виключно грудним молоком. Така тенденція може бути пов'язана з соціально-економічними та культурними чинниками, зокрема необхідністю повернення матерів на роботу та відсутністю підтримки грудного вигодовування на робочому місці. ВООЗ регулярно розробляє рекомендації щодо заохочення та підтримки грудного вигодовування [3, 4].

Розробка національної стратегії, спрямованої на підтримку грудного вигодовування, може значно вплинути на поліпшення репродуктивного здоров'я та економічне зростання країни [5]. Таким чином, забезпечення умов для грудного вигодовування є не лише вибором матері, а й відображенням соціальних умов, що потребують системного вирішення.

Мета дослідження. Вивчити проблему відмови матерів від грудного вигодовування для розкриття взаємозв'язку з громадським здоров'ям та ідентифікації можливих наслідків для суспільства.

Матеріали та методи. Для досягнення поставленої мети був обраний метод аналізу наукових джерел, опрацювання баз даних з біомедицини та наук про здоров'я, які надають доступ до наукових статей та ревію, а саме: PubMed, Scopus, Google Scholar.

Результати дослідження. Грудне вигодовування не лише сприяє здоровому розвитку новонароджених та здоров'ю матерів, але й володіє значними економічними перевагами, які зазвичай не беруться до уваги в економічних обрахунках.

Недооцінка грудного вигодовування в економічному аспекті призводить до відсутності можливості зниження витрат на охорону здоров'я, оскільки ця практика може зменшити частоту захворювань у дітей та матерів. Впровадження політик, які заохочують грудне вигодовування, може вивільнити

значні ресурси шляхом зниження фінансового навантаження на національну систему охорони здоров'я.

За даними М. С. Bartick та співавторів, недостатнє грудне вигодовування в США призводить щороку до 3,340 надлишкових смертей (з них 78% – серед матерів), \$3.0 млрд медичних витрат та \$14.2 млрд витрат на передчасну смерть відносно середньої очікуваної тривалості життя. Під час вказаного дослідження встановлено, що дотримання 597 матерями рекомендацій з грудного вигодовування могло б врятувати життя однієї дитини або матері, запобігши їхній смерті від умов, що асоціюються з недостатнім грудним вигодовуванням [6].

Згідно з дослідженням Juan Antonio Quesada та співавторів, в Іспанії національна система охорони здоров'я могла б заощадити понад 56 млн євро на кожен відсоток збільшення рівня виключно грудного вигодовування. Тому залучення грудного вигодовування до економічного дискурсу та державної політики може мати велике значення для соціальної та економічної стійкості країни. Збільшення рівня виключно грудного вигодовування до 50% у перші півроку життя дитини потенційно може зменшити медичні витрати та покращити загальний стан здоров'я дитячого населення. До прикладу, для Іспанії, де у 2014 році рівень виключно грудного вигодовування становив всього 15%, таке збільшення могло б значно вплинути на зниження захворюваності на такі поширені дитячі недуги, як гастроентерит та респіраторні інфекції. Гастроентерит, який вражає дітей в перші місяці життя, мав 14% інцидентність серед дітей, які були вигодовані грудьми, проти 31% серед тих, хто отримував штучне вигодовування. Це розходження в захворюваності мало прямі фінансові наслідки, і, як вказано в дослідженні, економія на витратах на охорону здоров'я могла б скласти майже 50 мільйонів євро від зниження випадків гастроентериту [7]. Аналогічно, респіраторні інфекції, які також є значним викликом для здоров'я дітей, були значно рідкіснішими серед тих, хто отримував грудне молоко, з інцидентністю 25% порівняно з 37% серед дітей, що були на штучному вигодовуванні. Якби рівень виключно грудного вигодовування зріс до 50%, це могло б привести до зниження кількості випадків респіраторних інфекцій на майже 18 000 випадків та до економії на витратах на охорону здоров'я близько 50 мільйонів євро [7].

Збільшення грудного вигодовування могло б також знизити поширеність некротизуючого ентероколіту, інцидентність якого серед недоношених дітей, які отримували штучне вигодовування, становила 7%, водночас серед тих, хто був на грудному молоці — всього 1% [7].

У дослідженні, проведеному Himali Erandathie Ratnayake та Dhammica Rowel, встановлено, що лише половина дітей (50,8%) була на виключно грудному вигодовуванні (англ. Exclusive Breastfeeding) надалі - (EBF) до віку шести місяців. Однак, незважаючи на те, що більшість матерів (98.9%) були обізнані про рекомендації EBF тривалістю шість місяців, лише 27.7% з них могли правильно визначити, що таке виключно грудне вигодовування.

Серед основних причин, які спонукали матерів припинити ЕВФ до досягнення шестимісячного віку дитини, було помилкове переконання, що дитина не отримує достатньо поживних речовин тільки з грудного молока (52,9%). Як наслідок, багато з них починали давати додаткову їжу, таку як вода (91,4%), фруктові соки (83,9%), розм'якшений рис (71,3%) та дитячу суміш (16,1%) раніше шестимісячного віку [8].

Слід відмітити, що зайнятість матері, її знання про ЕВФ та ставлення до грудного вигодовування були важливими факторами, що впливали на тривалість виключно грудного вигодовування. Зокрема, зайняті матері мали в 3,4 рази вищі шанси припинити ЕВФ раніше порівняно з незайнятими. Водночас, недостатні знання та негативне ставлення до ЕВФ також були тісно пов'язані з раннім припиненням грудного вигодовування. У зв'язку з цим, автори дослідження закликають до зміни законодавства, щоб забезпечити матерям, які працюють, шестимісячну відпустку по вагітності та пологах, а також створити умови для грудного вигодовування на робочих місцях і місця для годування в громадських місцях [8].

Кісельова М.М. та співавтори зазначають, що відмові від грудного вигодовування сприяють соціальні, соціоекономічні проблеми, відсутність допологового навчання грудного вигодовування, належної психологічної підготовки батьків до появи дитини в сім'ї, недостатня продукція молока у матері, занепокоєння батьків щодо недостатності молока, неспокій і дратівливість дитини [9]. Мельничук Л.В. та співавтори вказують також на проблему рекомендацій використання штучних сумішей з хибних причин: «відсутності молока в перші доби», втрати маси тіла на 3 доби, неспокій дитини [10]. Саме тому пропонуються практичні рекомендації щодо посилення залучення до грудного вигодовування [9].

Висновки. Вбачається нагальна потреба в підвищенні рівня грудного вигодовування з огляду на його значний вплив на здоров'я новонароджених та матерів, а також на його потенціал у зменшенні фінансового навантаження на системи охорони здоров'я. Наведені результати свідчать про залежність між високими рівнями грудного вигодовування та зниженням інцидентності загальнопоширених дитячих захворювань, що призводить до значних заощаджень у сфері охорони здоров'я. Саме тому виникає потреба у розробці та впровадженні ефективних заходів для створення умов, сприятливих для грудного вигодовування на роботі та в громадських місцях, а також для роз'яснення переваг виключного грудного вигодовування широкій громадськості.

Запропоновані зміни можуть відіграти значну роль у формуванні майбутньої політики охорони здоров'я, підвищуючи загальне здоров'я населення та соціально-економічне благополуччя.

Література

1. About Breastfeeding. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). URL: <https://www.cdc.gov/breastfeeding/about-breastfeeding/index.html>.
2. WHO and UNICEF issue new guidance to promote breastfeeding in health facilities globally. URL: <https://scalingupnutrition.org/news/who-and-unicef-issue-new-guidance-promote-breastfeeding-health-facilities-globally>.
3. Guideline: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services. Geneva: World Health Organization; 2017. URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/259386/9789241550086-eng.pdf?sequence=1>
4. Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: implementing the revised Baby-friendly Hospital Initiative 2018. Geneva: World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF), 2018 URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272943/9789241513807-eng.pdf?sequence=19>
5. Breastfeeding support in the workplace: a global guide for employers. UNICEF. 2022. 15 p. URL: <https://www.unicef.org/media/73206/file/Breastfeeding-room-guide.pdf>.
6. Bartick M., Schwarz E., Green B. D., Jegier B., Reinhold A. G., Colaizy T. T., Bogen D. L., Schaefer A. J., Stuebe A. M. Suboptimal breastfeeding in the United States: Maternal and pediatric health outcomes and costs. *Maternal & Child Nutrition*, 2017;13. DOI: 10.1111/mcn.12366.
7. Quesada J.A., Méndez I., Martín-Gil R. The economic benefits of increasing breastfeeding rates in Spain. *International Breastfeeding Journal*. 2020. Vol. 15, No. 34. DOI:10.1186/s13006-020-00277-w.
8. Ratnayake H.E., Rowel D. Prevalence of exclusive breastfeeding and barriers for its continuation up to six months in Kandy district, Sri Lanka. *International Breastfeeding Journal*. 2018. Vol. 13, No. 36. DOI:10.1186/s13006-018-0180-y.
9. Кісельова М.М., Мошук О.С., Григоренко Л.В., Шлемкевич О.Л. Грудне вигодовування дітей – «золотий стандарт», давній досвід і нові науково доведені переваги. *Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина*. 2022. № XII, 2(44). С. 53-58.
10. Мельничук Л., Вострикова І. Infant feeding - a strategy for preserving children's health. *SWorldJournal*. 2023. № 1 (19-01). P. 124–129. DOI: 10.30888/2663-5712.2023-19-01-046.

НАДЛИШКОВА МАСА ТІЛА ТА ОЖИРІННЯ ЯК ГЛОБАЛЬНА ПРОБЛЕМА ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Лілеєва А.А., Дуб М.М.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Ключові слова: надлишкова маса тіла, ожиріння, поширеність, громадське здоров'я.

Актуальність проблеми. На сьогодні ожиріння вважається найбільш поширеною та глобальною проблемою громадського здоров'я поширюючись за останні 50 років у всьому світі, досягнувши рівня пандемії [1]. Дані досліджень останніх років демонструють наявність надлишкової маси тіла в 30-70 % та ожиріння в 10-30 % дорослих, при цьому поширеність ожиріння зростає з тривожною швидкістю як в економічно розвинених країнах світу, так і в країнах, що розвиваються [2].

Мета дослідження – проаналізувати дані поширеності надлишкової маси тіла та ожиріння.

Матеріали і методи. У межах проблеми дослідження застосовано методи теоретичного аналізу наукової літератури та узагальнення.

Результати дослідження. У доповіді ВООЗ про проблему ожиріння у Європейському регіоні у 2022 році визначено, що ожиріння набуло масштабів епідемії та продовжує зростати. Згідно з даними ВООЗ понад 2 млрд. дорослих і дітей у світі мають надлишкову вагу, а з них понад 680 мільйонів людей страждають на ожиріння. Близько 30 % населення мають ожиріння у віці 25–30 років, а кожен 4-й мешканець має надлишкову масу тіла, серед осіб старше 45 років розповсюдженість ожиріння складає 50–52 %, надлишкова маса тіла – 33 % [3, 4].

Наголошується, що надлишкову вагу або ожиріння мають близько половини всіх жінок репродуктивного віку, причому жінки віком 25-34 років мають більший ризик значного збільшення ваги порівняно з чоловіками будь-якого віку [3].

На глобальну пандемію ожиріння, вказують і отримані дані у вісімнадцяти країнах на п'яти континентах, які підтверджують значне зростання ІМТ ≥ 40 населення. Поширеність ІМТ ≥ 40 коливається від 1,3 % (Іспанія) до 7,7 % (США) для всіх дорослих, від 0,7 % (Сербія) до 5,6 % (США) для чоловіків і від 1,8% (Польща) до 9,7 % (США) для жінок. Безперечними світовими лідерами з розповсюдження ожиріння є країни Західної Європи та США [6].

Гостро стоїть проблема надлишкової маси тіла та ожиріння і в Україні. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, надмірну масу тіла або жи-

ріння, мають 41,2% чоловіків і 58,5% жінок. Розрахунки, проведені експертами ВООЗ свідчать, що до 2025 року кількість хворих на ожиріння у світі серед чоловіків складатиме 40 %, серед жінок – 50 %.

Доведено, що серед причин смерті в усьому світі ожиріння займає п'яте місце [4,5]. «Всесвітня організація охорони здоров'я» (ВООЗ) передбачає, що до 2030 року 30% смертності в усьому світі буде спричинено хворобами, пов'язаними саме із способом життя.

Висновки. Поширеність ожиріння зростає з тривожною швидкістю як в економічно розвинених країнах світу, так і в країнах, що розвиваються. Отримані показники доводять недостатню ефективність роботи з профілактики надлишкової маси тіла. Саме значну роль в освіті повинні відігравати фахівці з громадського здоров'я шляхом надання необхідної інформації про зміну стилю життя, зміну поведінки щодо здоров'я, корекції плану харчування, підвищенні рухової активності, профілактиці ускладнень, консультування пацієнтів щодо підтримання належної маси тіла.

Література

1. Bluher M. Obesity: global epidemiology and pathogenesis. *Nat Rev Endocrinol.* 2019. Vol. 15, №5. P. 288-298. DOI: 10.1038/s41574-019-0176-8.

2. Alharbi T.A., Ryan J., FreakPoli R., Gasevic D., Scali J., Ritchie K., et al. The association of weight loss, weight status, and abdominal obesity with allcause mortality in older adults. *Gerontology.* 2022. Vol. 68. №12. P. 136-674. DOI: 10.1159/000522040.

3. Єрмоленко Н.О., Зарудна О.І., Голик І.В. Ожиріння - проблема сучасності. *Медсестринство.* 2016. № 1. С. 23-26.

4. Gazarova M., Galsneiderova M., Meciarova L. Obesity diagnosis and mortality risk based on a body shape index (ABSI) and other indices and anthropometric parameters in university students. *Rocz Panstw Zakl Hig.* 2019. Vol.70, №3. P. 267-275. DOI: 10.32394Zrpzh.2019.0077.

5. Nomatshila S.C., Mabunda S.A., Puoane T., Apalata T.R. Prevalence of Obesity and Associated Risk Factors among Children and Adolescents in the Eastern Cape Province. *Int J Environ Res Public Health.* 2022. Vol.19, №5. P. 2946. DOI: 10.3390/ijerph19052946.

6. Safaei M., Sundararajan E.A., Driss M., Boulila W., Shapi'i A. A systematic literature review on obesity: Understanding the causes & consequences of obesity and reviewing various machine learning approaches used to predict obesity. *Comput Biol Med.* 2021. Vol.136. P.104754. DOI: 10.1016/j.combiomed.2021.104754.

ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ПРАКТИЧНИХ НАВИЧОК У СТУДЕНТІВ ПРИ ВИКЛАДАННІ ДИТЯЧОЇ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ

Лісецька І. С.

Івано-Франківський національний медичний університет

Ключові слова: практичні навички, фантоми, студенти, дитяча терапевтична стоматологія, освіта.

Актуальність проблеми. Нині світові стандарти в галузі вищої медичної освіти передбачають підготовку висококваліфікованих спеціалістів нової формації, здатних інтегрувати теоретичні знання і практичні уміння в цілісну систему, володіти новітніми технологіями, а також компетентних, спроможних до ефективної праці на рівні міжнародних стандартів тощо [2].

Особливістю стоматологічної освіти є те, що одночасно необхідно формування відмінних теоретичних та практичних мануальних навичок, що обумовлено виконанням маніпуляцій дрібним інструментом на обмеженому просторі у ротовій порожнині [4]. Для формування фахових компетентностей зі стоматології студенти повинні постійно відточувати свою майстерність, тренувати практичні мануальні навички і вміння, що дозволить їм у майбутньому стати досвідченими фахівцями. Окрім того, необхідно враховувати, що процес отримання медичної освіти має бути одночасно ефективним та безпечним для всіх учасників, зокрема пацієнтів, що може бути забезпечене завдяки використанню симуляційного навчання [1].

Відомо, що рівень оволодіння практичними навичками є своєрідним індикатором професійної компетентності майбутніх лікарів, інтенсифікує вивчення та засвоєння навчального матеріалу, стимулює цікавість до предмета і активізує мислення, а в подальшому розширює кругозір лікаря, сприяє своєчасному і грамотному наданню медичної допомоги хворим [5].

Тому не менш важливим напрямом у сфері медичної освіти в наш час є необхідність значного посилення регулярної практичної підготовки майбутніх стоматологів та збереження високого рівня теоретичних знань [3].

Мета. Висвітлити досвід покращення якості засвоєння практичних навичок студентами стоматологічного факультету при викладанні дитячої терапевтичної стоматології.

Результати дослідження. На сучасному етапі освіти майбутніх лікарів-стоматологів питання формування та засвоєння практичних навичок залишається актуальним та важливим. Навичка – це автоматизований компонент свідомої дії людини, яка виробляється в процесі її багаторазового виконання, але про сформованість практичної навички можна стверджувати

тоді, коли вона виконується якісно та бездоганно внаслідок багаторазових вправ.

Для ефективного формування практичних навичок у студентів стоматологічного факультету при викладанні дитячої терапевтичної стоматології доцільно дотримуватися таких етапів:

- 1) ознайомлення та запам'ятовування алгоритму виконання певного переліку практичних дій;
- 2) чітке розуміння способів виконання дій, опанування окремих їх елементів, багаторазове повторення певного переліку дій;
- 3) автоматизація елементів дій, удосконалення виконання навичок, перехід до мускульного контролю;
- 4) закріплення навички, опанування довільного регулювання характеру дії.

Для засвоєння першого етапу формування практичних навичок у студентів викладачами розроблено алгоритми по їх виконанню (відповідно до затвердженої робочої програми), до яких студенти мають вільний доступ. На другому етапі у студентів вже є свідоме, однак невміле і нестійке виконання навички. Тут важлива роль викладача, адже відпрацювання студентами навичок має відбуватися під його контролем. На третьому етапі багаторазове повторення навички дозволяє довести її до автоматизму, сформувати професійне вміння, яке залишається на все життя. На четвертому етапі формується пластичне пристосування до ситуації, гнучке, доцільне виконання дії. Викладач також повинен чітко пояснити важливість третього та четвертого етапу, в разі необхідності повторно показує, а потім перевіряє правильність засвоєння та виконання практичних навичок в кожного студента.

Для досягнення успіху при виконанні другого, третього та четвертого етапів кафедрою дитячої стоматології активно використовуються можливості навчальних і клінічних баз стоматологічного факультету та Центру стоматології університетської клініки ІФНМУ. Студенти відпрацьовують практичні навички у навчально-практичних центрах, в яких для кожного студента обладнане робоче місце залежно від теми заняття - на фантомах і моделях як під час занять, так і в позаурочний час із черговим викладачем (за попереднім записом) протягом всього періоду навчання, а результати тренінгу застосовують під час прийому пацієнтів у клініці під контролем викладача. Однак перш ніж допустити студента до прийому пацієнтів, викладачі кафедри перевіряють правильне виконання практичних навичок на фантомі.

Із метою засвоєння додаткових методів обстеження студенти використовують сучасну техніку та методики. На практичних заняттях акцентується на тісному зв'язку навчання з клінічною медициною. Ставляться конкретні завдання, які пов'язані з майбутньою професійною діяльністю, щоб студенти усвідомили важливість відпрацювання навичок. Одночасно студенти, спостерігаючи за роботою викладача під час навчально-лікувального процесу, вчаться не тільки лікувати маленьких пацієнтів, а і мистецтву спілкування з батьками дитини та налагоджування контакту між лікарем та дитиною.

Висновок. Таким чином, на кафедрі дитячої стоматології студентам створені всі можливі умови для успішного засвоєння практичних навичок із предмету „дитяча терапевтична стоматологія”. Застосування фантомів для відпрацювання практичних навичок у студентів стоматологічного факультету при викладанні дитячої терапевтичної стоматології позитивно впливає на засвоєння ними практичної частини, стимулює активніше працювати самостійно, відпрацьовувати практичні навички, які необхідні для їх професійної діяльності.

Література

1. Колесник Т.В., Смольянова О.В. Використання майстер-класів для формування навичок виконання медичних маніпуляцій на кафедрі пропедевтики внутрішньої медицини. *Медична освіта*. 2018. №1. С. 79-81.
2. Максименко С.Д., Філоненко М.М. Педагогіка вищої освіти. Підручник. К.: ТОВ «Видавництво «Центр навчальної літератури». 2014. 286 с.
3. Петрушанко Т.О., Островська Л.Й., Попович І.Ю. Значення фантомних занять у формуванні практичних навичок майбутніх лікарів-стоматологів. *Український стоматологічний альманах*. 2016. № 1(2).С. 94-97.
4. Самойленко А.В., Салюк О.Д., Орищенко В.Ю., Бабенко В.М., Коновалова Д.О. та ін. Досвід викладання пропедевтики терапевтичної стоматології в умовах кредитно-модульної системи організації навчального процесу. *Медичні перспективи*. 2012. № 4(17). С. 15-17.
5. Щербатюк Н.Ю., Горішний І.М., Чорномидз І.Б. Засвоєння студентами практичних навичок при вивченні педіатрії. *Медична освіта*. 2019. № 3. С.35-38.

РОЛЬ ФАХІВЦІВ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В ПРОФІЛАКТИЦІ ЗАХВОРЮВАНЬ ЩИТОВИДНОЇ ЗАЛОЗИ

Лисунець О. В.

Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради

Актуальність проблеми. Захворювання щитовидної залози відносять до хронічних неінфекційних захворювань (ХНІЗ), актуальність проблеми яких зумовлена зростанням поширеності та домінуючою роллю у формуванні передчасної смертності та інвалідності населення. Більше 200 млн. осіб у світі мають патологію щитоподібної залози (ЩЗ); з абсолютним приростом нових виявлених захворювань в економічно розвинених країнах 52% серед жінок і 17% серед чоловіків. В Україні абсолютна кількість випадків хвороб ЩЗ за останні 10 років збільшилася з 689 тис. до 1 млн.846 тис., (за показниками поширеності відповідно 941,6 і 4210,4 випадку на 100 тис. населення). Патологія щитовидної залози становить 48% від загальної захворюваності на ендокринні захворювання. Висока частота захворювань ЩЗ залежить від дисбалансу мікроелементів та вітамінів на тлі нестачі йоду в раціоні населення, погіршення стану навколишнього середовища та недостатньо ефективних профілактичних заходів на державному рівні.

Низький рівень обізнаності населення з питань захворювань щитовидної залози призводить до того, що в багатьох випадках захворювання виявляють на задованих стадіях, що, у свою чергу, призводить до більш тяжких наслідків для здоров'я людей.

Подальше вдосконалення профілактики захворювань щитовидної залози залежно від регіональних особливостей на сучасному етапі зберігає актуальність. Ефективно вирішити це завдання необхідно в рамках системи охорони здоров'я громадського здоров'я, яка наразі активно проваджується в Україні.

Мета дослідження: визначення ролі та функцій фахівців громадського здоров'я в організації і проведенні роботи по профілактиці захворювань щитовидної залози серед населення громади.

На основі аналізу наукових публікацій визначено критерії ефективної профілактики захворювань щитовидної залози та роль системи громадського здоров'я у вирішенні цієї проблеми на рівні громади.

Через дефіцит неорганічного йоду порушення синтезу гормонів щитовидної залози (тироксину і трийодтироніну) сприяє розвитку низки захворювань ЩЗ (дифузного, вузлового зобу, кісти, тиреоїдитів, пухлин) та спричиняє серйозні зміни обміну, які ведуть до порушення репродуктивної функції, високої перинатальної смертності, вроджених вад розвитку, кретинізму, тощо.

В Україні загострення проблеми йоддефіцитних захворювань упродовж останніх років пов'язано як із ліквідацією попередньої системи профілактики таких захворювань, що ґрунтувалася на масовому використанні йодованої солі, так і з дефіцитом йоду у харчуванні населення. Йодний дефіцит притаманний також областям України, які постраждали внаслідок катастрофи на Чорнобильській АЕС, що зумовило підвищене накопичення радіоактивного йоду в щитоподібній залозі у значного числа жителів (особливо у дітей) і вважається чинником підвищеного ризику розвитку онкологічних захворювань.

Громадське здоров'я - система заходів, направлених на профілактику захворювань, фізичних та психологічних станів, збільшення тривалості та якості життя завдяки епідеміологічному нагляду за індикаторами здоров'я.

Серед оперативних функцій громадського здоров'я, ОФГЗ 5. «Профілактика хвороб, у тому числі раннє виявлення порушень здоров'я» включає конкретні заходи, які здійснюються значною мірою на індивідуальному рівні:

1.Первинна профілактика: надання інформації про поведінкові або медичні ризики для здоров'я, а також надання консультативної допомоги та вжиття заходів щодо зниження цих ризиків на індивідуальному рівні й у масштабі спільноти; підтримка систем і процедур включення первинної медико-санітарної допомоги та спеціалізованої допомоги до програм профілактики хвороб; кампанії зі зміни поведінки і соціальний маркетинг.

2.Вторинна профілактика: реалізація програм скринінгу на основі фактичних даних для ранньої діагностики захворювань, програм охорони здоров'я.

3.Третинна профілактика: реабілітація пацієнтів із захворюваннями, що вже розвинулися, з метою мінімізації залишкових інвалідизуючих наслідків і ускладнень та максимального продовження повноцінного життя, покращення якості життя пацієнта, навіть попри неможливість повного одужання. Діяльність, спрямована на індивідів і групи населення, які демонструють різні види ризикованої поведінки.

Стосовно захворювань щитовидної залози, профілактика громадського здоров'я повинна включати:

– стимулювання населення слідкувати за власним здоров'ям (профілактичні огляди стану здоров'я) та вести здоровий спосіб життя (актуалізувати важливість помірних фізичних навантажень, ментального здоров'я та підвищення інтелектуального рівня);

– санітарно-освітня робота серед індивідів і населення у формі роз'яснювальних розмов з пацієнтами з ризикованою поведінкою, у яких є певні чинники ризику (НЦД, психічна травма, спадкове обтяження, різні інфекційні захворювання) та широка пропаганда знань щодо профілактики патології щитовидної залози;

– роз’яснення важливості правильного харчування для дітей та дорослих, акцентування на достатньому рівні вмісту йоду, вітамінів та мікроелементів у продуктах харчування.

У системі заходів: тренінги, семінари, навчальні програми для медичних працівників, поширення інформаційних матеріалів, інформаційні кампанії, організація та проведення “Інформаційних тижнів”; організація публікацій у ЗМІ, проведення індивідуального консультування.

Висновки. Участь фахівців громадського здоров’я в профілактиці захворювань щитовидної залози полягає в постійній комплексній інформаційно-комунікативній роботі з населенням: підвищення медичної грамотності стосовно ризиків захворюваності і наслідків, профілактика ризикованої поведінки та зміцнення здоров’я, моніторинг стану здоров’я, організація і проведення інформаційних кампаній. Різні методи комунікаційного впливу мають підвищити обізнаність цільових аудиторій щодо проблем захворювань щитовидної залози, а ключові повідомлення передбачають заклики до дій, які будуть ефективними для профілактики та зниження рівня захворюваності.

Література

1. Берзіна А. Б. До питання системи громадського здоров’я в Україні. *Науковий вісник Ужгородського Національного Університету. Серія ПРАВО.* 2022. Вип. 69. С. 212-217.
2. Лотоцька О. В. та ін. Профілактична медицина як важлива складова громадського здоров’я. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров’я України.* 2019. № 2 (80). С.40-42.
3. Громадське здоров’я в Україні: реалії, тенденції та перспективи: колективна монографія / за ред. М. В. Ждана, І. А. Голованової. Полтава: ТОВ «Фірма «Техсервіс», 2020. 279 с.
4. Епідеміологічна оцінка динаміки розповсюдженості та захворюваності щитоподібної залози в Україні та Чернівецькій області / І. І. Камишна та ін. *Клінічна та експериментальна патологія.* 2021. Т.20, №3 (77). С. 75-81.

СЕСУАЛЬНА ОСВІТА ТА СТАТЕВЕ ВИХОВАННЯ МОЛОДІ ЯК ОДИН ІЗ МЕТОДІВ ПРОФІЛАКТИКИ ІНФЕКЦІЙ, ЩО ПЕРЕДАЮТЬСЯ СТАТЕВИМ ШЛЯХОМ

Махновська І.Р., Галушко Ю.Р.

Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради

Куценко Н.Л.

Лабораторія Медичного центру «Асклепій»

Ключові слова: молодь, статеві інфекції, статева освіта, статеve виховання, профілактика.

Актуальність проблеми. Інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ) продовжують залишатися актуальною проблемою не лише сучасної охорони здоров'я, а й громадського здоров'я [1; с.112].

Адже відсутність адекватної сексуальної освіти та статевого виховання молоді спричинює не лише поширення статевих інфекцій, а й підвищує ризик розвитку серйозних захворювань, таких як вірус імунодефіциту людини, синдром набутого імунного дефіциту, вірусних гепатитів, що в результаті істотно знижують рівень репродуктивного здоров'я молоді та негативно відображається на здоров'ї населення в цілому [7; с.170].

Мета дослідження. Проаналізувати ефективність сексуальної освіти та статевого виховання молоді як одного із важливих методів профілактики інфекцій, що передаються статевим шляхом.

Матеріали та методи. Застосовано бібліосемантичний метод для аналізу теоретичного матеріалу з теми дослідження та метод системного підходу та аналізу, що сприяв логічній систематизації наукового матеріалу.

Результати дослідження. Розвиток сучасної молоді характеризується таким явищем, як акселерація, що веде до пришвидшеного статевого дозрівання, як наслідок – ранні статеві стосунки та поширення інфекцій, що мають статевий шлях передачі [11; с.41].

Сьогодні на поширеність ІПСШ впливають різновекторні фактори, серед яких чинники соціального, економічного та демографічного характеру, однак, вагомими у молодіжному середовищі є ризикова сексуальна поведінка та відсутність активних профілактичних та освітніх заходів [8; с.366].

За даними Міністерства охорони здоров'я в Україні показник зареєстрованих випадків захворюваності на ІПСШ досягає межі 400 тис. серед осіб молодого віку. Відповідно до даних, які акумулює Центр громадського здоров'я щорічно фіксується понад 1000 тис. випадків ВІЛ, причому 50% з них виникають в результаті незахищених статевих зв'язків. Зауважимо, що Україна

й донині займає лідируюче місце серед країн світу щодо кількості ВІЛ-позитивних осіб [2].

Означені наслідки спричинені відсутністю раціональної сексуальної освіти та статевого виховання населення, особливо молоді, яка належать до групи підвищеного ризику щодо ризикової статевої поведінки.

Сексуальна освіта – це передусім про виховання відповідального ставлення до стосунків та свого репродуктивного здоров'я. А мета такої освіти – є забезпечення молоді науковою й об'єктивною інформацією, яка сприяє ухваленню обдуманих рішень та зниженню ризиків, що пов'язані зі статевим життям [10].

Статеве виховання - це система медико-педагогічних заходів з виховання різних категорій населення, у т.ч. дітей, підлітків і молоді щодо правильного відношення до питань статі. Тобто, статеве виховання, перш за все сконцентроване на питаннях гендерної ідентичності, попередження вагітності та профілактиці захворювань, що передається статевим шляхом [4; с.36].

Тривалий час в Україні не піднімалися проблеми, що пов'язані із статевими стосунками, що в результаті призвело до стійкого дефіциту знань у молодіжному середовищі щодо наслідків ранніх статевих зв'язків. А контингент молоді по мірі впливу соціуму схильний до ранньої сексуальної активності, ніж готовий при цьому морально, психічно та фізично.

Статистичні дані проведених соціологічних дослідження приголомшують, однак не у позитивному сенсі. З'ясовано, що українська молодь починає раннє статеве життя, середній вік коливається в межах 14-15 років. Щодо гендерного розподілу, то переважно хлопці починають ранні стосунки, у порівнянні з дівчатами. Третина підлітків не використовують методи контрацепції, як наслідок це не лише ризик зараження ПСШ, а й можливість настання ранньої вагітності. Прослідковується наступна тенденція, чим у молодшому віці відбувається перший статевий контакт, тим рідше при цьому користуються контрацептивами [3; с.71]. Проаналізовані дані слід інтерпретувати як результат відсутності сексуальної просвіти у молодіжному середовищі.

Отже, молодь є уразливою категорією щодо надбання негативних наслідків статевих стосунків, що відбувається внаслідок дефіциту знань та відсутності адекватної сексуальної освіти і статевого виховання. Сексуальна необізнаність становить серйозну загрозу здоров'ю, адже молодь переважно черпає інформації з інтернет-ресурсів, яка не завжди відповідає дійсності та викривлює реальні факти.

Надалі охарактеризуємо провідні концепції та особливості здійснення статевого виховання. Сьогодні існує чотири Концепції статевого виховання, звернемо увагу на біологізаторсько-фізіологічну концепцію, яка полягає у надання молоді знань з гігієни статі та статевих відносин. У даному випадку підвищується обізнаність молоді про анатомію та фізіологію статевої системи, а також вони отримують чималий «багаж» знань про способи та засоби попередження вагітності та ПСШ [12; с.112].

Метою авторитарно-директивної концепції статевого виховання є суворе регламентація та контроль сексуальної поведінки. У даному випадку знання про статі та статеві стосунки не є загальнодоступними й зазвичай позбавлені вільного тлумачення. Виявляється також подібна концепція у табуванні тем, замовчуванні проблем та репресивній тактиці щодо статевої просвіти.

Медико-профілактична концепція ефективна для поліпшення демографічних питань, тобто піднімаються питання контролю народжуваності, профілактики поширення ІПСШ, ВІЛ/СНІДу тощо.

Стратегія, що базується на соціальній дозволеності обговорення проблем статевого стосунку, а також морального підходу до виховання молоді є концепція свідомого ставлення до статі та сексуальності. Наразі, це найбільш ефективна стратегія статевого виховання. Головною ідеєю подібної концепції є те, що статеві стосунки – це про відповідальність, як особисту, так і громадську, а в цілому статево виховання – розглядається як напрям загального виховання людини [9; с.320].

Наразі сексуальна освіта в Україні тільки набуває розвитку, а заклади освіти відіграють неабияку роль у статево вихованні. У даному випадку заклади освіти є особливим середовищем для популяризації здорових статевого стосунку, а саме підвищення обізнаності про статево дозрівання (фізіологічні та психологічні зміни) в залежності від статі, проблеми контрацепції, вагітність, ризику зараження ІПСШ та їх шляхи профілактики, питання сексуальної орієнтації тощо. Тобто, акцент повинний бути зроблений, саме на пропаганду особистої сексуальної безпеки молоді [6; с.125]. А сексуальна освіта та статево виховання є фундаментом для формування гігієни, етики, культури статевого відносин, що в подальшому сприяє закріпленню соціально-схваленої статевої поведінки особистості [5].

Висновки. Отже, сьогодні існує нагальна потреба запровадження грамотної сексуальної освіти. Україна звичайно долучається до цього світового тренду, однак повільно й донині не існує концепції, яка б сприяла набуттю сексуального просвітництва широких масштабів.

Доведена ефективність статевої освіти, виховання як заходу профілактики щодо зменшення ризиків розвитку ІПСШ, підвищення використання контрацептивів, зменшення кількості статевого партнерів, а також відтермінуванню початку статевого життя серед молоді.

Таким чином, популяризація сексуальної освіти, статевого виховання та закріплення культури щодо раціональних й здорових статевого стосунку є одним із предикторів, що сприяють мінімізації ризиків у молодіжному середовищі ризикової статевої поведінки, у т.ч. поширення інфекцій, що передаються статево шляхом.

Література

1. Бялик О.В. Статеве виховання учнівської молоді в системі освіти країн Євросоюзу та України: порівняльний аспект. *Теоретико-методичні проблеми виховання дітей та учнівської молоді*. 2013. № 17 (1). С.112.
2. ВІЛ/СНІД статистика в Україні. Online. URL: http://crossroads.org.ua/index.php?option=com_content&view=section&layout=blog&id=6&Itemid=75&lang=uk (дата звернення 29.10.2023 р.)
3. Грищенко С. В. Превентивна освіта як профілактика ВІЛ/СНІДУ серед учнівської молоді. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Серія: Педагогічні науки*. 2014. № 122. С. 71.
4. Ємельянов Д. В. Статеве виховання молоді. *Редакційна колегія*. 2015. С. 36.
5. Івахненко Т. П. Соціально-педагогічні проблеми формування сексуальної культури особистості *Педагогічна наука: історія, теорія, практика, тенденції розвитку*. 2010. № 1. Online. URL: http://intellect-invest.org.ua/ukr/pedagog_editions_e-magazine_pedagogical_science_vypuski_n1_2010_st_20 (дата звернення 29.10.2023 р.)
6. Корнят В.С., Марчук А.В. Нормативно-правові основи організації соціальним педагогом статевого виховання дітей і молоді. *Соціальна педагогіка. Інноваційна педагогіка*. 2019. Випуск 13. Т. 2. С.125.
7. Пилипенко С., Пилипенко В. Проблеми статевого виховання підлітків у сучасному закладі освіти. *Витоки педагогічної майстерності*. 2018. № 22. С. 170-174.
8. Рогожина О. О. Психосексуальний розвиток та особливості сексуальної освіти. Розвиток професійної майстерності педагога в умовах нової соціокультурної реальності: збірник матеріалів IV Міжнародної науково-практичної конференції (м. Тернопіль, Україна, 15-16 квітня 2021 року). 366 с.
9. Сексуальна педагогіка: навч. посіб. / В. П. Кравець. Тернопіль: ТНПУ ім. В. Гнатюка. 2016. 320 с.
10. Сексуальне виховання дітей – запитання і відповіді. Європейський Союз, ЮНІСЕФ. URL: <http://surl.li/akilx> (дата звернення 29.10.2023 р.)
11. Статеве виховання – складова частина здорового способу життя: методичні вказівки для лікарів-інтернів, лікарів акушерів-гінекологів, дитячих гінекологів, педіатрів, сімейних лікарів / уклад.: І. О. Тучкіна, Л. А. Вигівська, Н. Ш. Рогачова, О. В. Піонтковська, Т. В. Рубінська. – Харків : ХНМУ, 2013. 41 с.
12. Олійник Л. М. Статеве виховання: навч. посіб. для студ. ВНЗ напряму «Початкова освіта» з питань здійснення статевого виховання дітей від народження до юнацького віку. Миколаїв: Принт-Експрес, 2010. 112 с.

АНАЛІЗ ПОШИРЕНOSTІ ТЮТЮНОПАЛІННЯ В УКРАЇНІ ПІД ЧАС ВІЙНИ ТА ЙОГО НАСЛІДКИ ДЛЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

Махновська І.Р., Кубицька К.В.

Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради

Куценко Н.Л.

Лабораторія Медичного центру «Асклепій»

Ключові слова: тютюнопаління, військовослужбовці, медичні наслідки, соціальні наслідки, війна.

Актуальність проблеми. Населення у період сучасності піддається впливу екологічних катаклізмів, різних епідемій та пандемій, війн, однак, значною мірою потерпає від «димового ворога» – тютюнозалежності [5].

Незважаючи на розроблені та впроваджені програми профілактики, проблема тютюнопаління залишається актуальною серед населення усього світу. Особливої уваги фахівців громадського здоров'я потребує проблема тютюнопаління серед військовослужбовців. Адже в період військового стану вживання тютюнових виробів особливо популяризується в армії, оскільки тютюнові компанії націлені на загальну мобілізацію військових до тютюнопаління [6; с.26].

Мета дослідження. Проаналізувати поширеність тютюнопаління в Україні під час війни та визначити наслідки цієї шкідливої звички для військовослужбовців.

Матеріали та методи. Застосовано бібліосемантичний метод для аналізу наукових даних з теми дослідження; статистичний метод передбачав аналіз даних поширеності тютюнопаління; метод системного підходу та аналізу надав можливість систематизувати наукові дані за певною логікою та класифікувати їх.

Результати дослідження. У сучасному суспільстві паління є поширеною звичкою серед різних категорій населення, зокрема, серед жінок, підлітків та навіть дітей. Згідно офіційних даних сьогодні зареєстровано 7 млн. українців, які є щоденними курцями, причому значний відсоток з них є учасниками бойових дій [13; с.380].

На фоні російсько-української війни спостерігається загострення проблеми тютюнопаління, адже показники серед військовослужбовців досягають показника у 62,5%, враховуючи при цьому і жіночий склад військ [7; с.89]. Тобто серед військових у порівнянні з цивільним населенням (45%), достовірно поширеність паління є переважаючою. На активне поширення шкідливої звички впливають: специфіка військової служби, ведення активних бойових дій, регулярний вплив психоемоційного напруження та стресові ситуації [4; с.222].

Соціологічні дослідження вказують на те, що безпосередньо війна, є вагомим мотивом, що стимулює «перекури» - перерви серед 90% військовослужбовців між активними бойовими діями на фронті [12; с.87].

А ризик подальшого поширення паління серед лав Збройних Сил України, не пов'язаний з віковою категорією та статтю військового-курця, адже на фронті зловживають тютюновими виробами, як чоловіки, так і представниці жіночої статі [1; с.98]. Водночас, спостерігається поширення паління серед військовослужбовців молодого віку.

Окрім цього, присутня негативна тенденція на фоні повномасштабного вторгнення щодо рівня тютюнопаління, не лише серед військових, але й серед цивільного населення. Відповідно до результатів опитування Київського міжнародного інституту соціології у порівнянні з 2020 роком відсоток щоденних курців в Україні у 2022 році збільшився на 5,2% та становить 28,3%, (ідентичний показник, був зафіксований у 2010 році). Останнє соціологічне опитування датоване квітнем 2023 року, а його результати доводять, що повномасштабна війна викликала зростання поширеності вживання тютюнових виробів, зокрема у 40% курців зі стажем зростає й інтенсивність паління [11].

Доведено, що паління військовослужбовців має негативний вплив на стан їх здоров'я, призводить до втрати професійної придатності та наслідків соціального характеру.

Негативний вплив тютюнопаління на здоров'я військових багатогранний, адже існує підвищений ризик розвитку захворювань:

- **серцево-судинної системи** - понад 50 % всіх захворювань, що є присутні у структурі смертності курців, належать серцево-судинним захворюванням. Водночас, паління на 30-40% обумовлює смертність від ішемічної хвороби серця, а також у курців в 2-3 рази частіше розвивається інфаркт та передінфарктний стан;

- **органів дихальної системи** - тютюновий дим згубно діє на всю дихальну систему, викликає подразнення слизових оболонок органів дихання. Зокрема, тютюнопаління провокує розвиток або ускладнює перебіг бронхіальної астми, хронічного риніту, туберкульозу, хронічної обструктивної хвороби легень і бронхіту тощо;

- **травної системи** - понад 80 % хворих, що страждають хронічними захворюваннями шлунку та дванадцятипалої кишки, є курцями. Переважно хвороби зустрічається у «запеклих» курців зі стажем, зокрема, паління негативно впливає й на процес лікування виразки [9; с.64] ;

- **нервової системи** - тютюнова залежність виснажує нервову систему та гальмує мозкову діяльність. Реакції людини, яка палить сповільнюється, водночас знижується розумова діяльність (інтелект). Невротичними виявами є головний біль, ослаблення працездатності, тремтіння, безсоння, у т.ч. паління може викликати в організмі такі самі зміни як стрес;

- **ендокринної системи** - курці ризикують набути цукровий діабет II типу.

Окрім цього, нікотин негативно впливає на залози внутрішньої секреції, що виробляють гормони та впливають на обмін речовин в організмі (гіпофіз, щитоподібна й парашитоподібні залози, наднирники) [2; с.112] ;

- **репродуктивної системи** - найбільш частими наслідками у жінок є менструальні дисфункції, зниження фертильності, ановуляторні цикли, рання менопауза. Щодо чоловіків, то у них відзначається зниження фертильності, статева слабкість, зменшення кількості сперматозоїдів, погіршення їх якості і рухливості;

- **злоякісних захворювань (онкопатологія)** - тютюнопаління спричиняє 30% всіх випадків смерті від онкологічних захворювань і 90% всіх випадків захворювання раком легень. Окрім цього, негативними наслідками паління є істотне збільшення ризику розвитку інших форм раку: ротової порожнини, глотки, гортані, стравоходу, підшлункової залози, нирок, сечового міхура, шийки матки (серед жінок) [3; с.140-141] .

Щодо соціальних аспектів впливу тютюнової залежності, то визначальним критерієм є зменшення очікуваної тривалості життя курця. Так, тривалість життя 35-річного військовослужбовця, що палить, в середньому скорочується на 7 років, серед жінок-військовослужбовців на 5 років [6; с.25]. Загалом прийнято вважати, що очікувана тривалість життя курця в середньому скорочується на 10 років, в окремих випадках навіть на 13-14 років. А при розрахунках необхідно враховувати вік курця та стаж паління.

Також, до соціальних аспектів негативного впливу тютюнопаління належить й соціальна ізоляція. У даному випадку наявність пагубної звички призводить до відокремленості від соціуму, у т.ч. від родини. Окрім цього, змінюється соціальний статус курця, який також негативно впливає на його родину та близьких [10; с.127].

Висновки. Тютюнопаління як феномен сформований протягом тривалого часу та широко поширений у світі, а військове середовище, сприяє поштовху масовій культурі тютюнопаління. Аналіз статистичних даних свідчить, що армія належить до контингенту найактивніших курців. А тютюнові компанії розглядають військових, не лише як споживачів, а також як інструмент для його рекламування.

З'ясовано, що тютюнопаління є серйозною медико-соціальною проблемою та одним з значущих факторів ризику розвитку численних неінфекційних захворювань, що провокують загрозу здоров'ю, інвалідизацію та смертність серед військовослужбовців. А тому, протидія палінню серед військових залишається пріоритетним завданням фахівців громадського здоров'я, враховуючи умови війни, що триває й донині в Україні.

Література

1. Андреева Т. Труднощі відмови від куріння: вплив гендерних стереотипів. *Соціальна психологія*. 2011. № 3 (47). С. 98.

2. Аністратенко Т. І. Актуальні проблеми здоров'я юнаків України. *Науковий вісник Національного медичного університету імені ОО Богомольця*. 2012 р. № 4. С.112.
3. Архіпова Г. І., Макаренко Ю.С. Вплив тютюнопаління на організм людини. *Вісник НАУ*. 2012. № 3. С. 140–141.
4. Бялковська Г. Д. Концептуальні засади розвитку тютюнництва в Україні. *Інноваційна економіка*. 2011. № 2. С. 222.
5. ВООЗ. Нова доповідь про боротьбу проти тютюну на глобальному рівні. Online. URL: <https://www.ukrinform.ua/> (дата звернення 29.10.2023 р.)
6. Воронко А.А., Мороз Г.З , Грудський О.О. Медико-соціальні аспекти проблеми тютюнопаління у військовослужбовців Збройних Сил України. *Сучасні аспекти військової медицини*. 2015. № 22 (1). С. 25-36.
7. Гайдабрус, А. В. Анамнез військовослужбовців, звільнених у запас, що мають залежність від алкоголю. *Світ медицини та біології*. 2013. № 9.3-1 (39). С.89.
8. Глобальне опитування дорослих щодо вживання тютюну (Global Adult Tobacco Survey – GATS) (укр. мова). Київ, 2017. 35 с.
9. Корольова Н.Д., Матвійчук М.В., Чорна В.В., Ангельська В.Ю. та ін. Поширення тютюнопаління в Україні та його вплив на здоров'я: *матеріали доповідей XVII науково-практичної конференції «Перша медична та психологічна допомога в екстремальних умовах. Небезпека серед воєнного та цивільного населення»*, 18-19 квітня 2019 р. м. Вінниця. С. 64.
10. Кузнецова М.О., Бібіченко В.О., Кузнецова І.К. Вплив соціальних та економічних факторів на формування здорового способу життя серед населення в умовах військового конфлікту на території України. *Інновації в сучасній освіті: методологія, технологія, дидактичні та виховні аспекти: монографія / за загальною редакцією В. В. Іванишин – Рига, 2023 р. С. 127.*
11. Міжнародний день відмови від паління. Центр громадського здоров'я МОЗ. Online. URL: <https://phc.org.ua/news/85-000-ukrainciv-schoroku-pomirayut-vid-khvorob-sprichinenikh-kurinnnyam> (дата звернення 29.10.2023 р.)
12. Фіногенов, Ю. С. Чинники, що обумовлюють рівень фізичної підготовленості військовослужбовців сухопутних військ збройних сил України. *Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту*. 2010 р. № 10. С. 87.
13. Шевчук С. В. Нова методика позбавлення нікотинової залежності. *Проблеми військової охорони здоров'я*. 2014. № 42 (2). С. 380.

ЗНАЧЕННЯ ПРОФІЛАКТИЧНИХ ТА ДІАГНОСТИЧНИХ ЛАБОРАТОРНИХ ОБСТЕЖЕНЬ ДЛЯ ЗБЕРЕЖЕННЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

Медведовська Н. В.

Національна академія медичних наук України

Стовбан І. В.

Івано-Франківський Національний медичний університет

Ключові слова: репродуктивне здоров'я, формування політик громадського здоров'я щодо посилення профілактичних стратегій

Актуальність проблеми. Збереження і зміцнення здоров'я населення як запорука обороноздатності держави в майбутньому визнано національним пріоритетом в Україні. Зміни чисельності населення, які відбулися за останні роки під впливом епідемії COVID, веденням бойових дій на території нашої держави, матимуть негативні демографічні наслідки за прогнозами вітчизняних експертів [1].

Подолання негативних демографічних тенденцій потребує запровадження нових людиноорієнтованих підходів, в яких складова репродуктивного здоров'я набирає все більшої ваги.

Україна, як країна Європейського регіону, має змогу ефективно реалізувати міжнародні програми і стратегії впровадження людиноцентричного гендерно-чутливого підходу в розбудові системи громадського здоров'я, з урахуванням регіональних, соціально-економічних та культурних особливостей [2-5].

Мета дослідження. Метою дослідження стало з'ясування можливості реалізації сучасних профілактичних програм із збереження репродуктивного здоров'я з урахуванням гендерних аспектів умов його формування в Україні.

Матеріали та методи. Матеріалами для дослідження слугували результати соціологічного опитування (810 осіб) на предмет виявлення чинників ризику порушень репродуктивного здоров'я. У дослідженні використано методи медико-статистичного та графічного аналізу.

Результати дослідження. Після зміни парадигми сприйняття репродуктивного здоров'я, яке раніше асоціювалося із розглядом в першу чергу проблем жінок та дітей (Глобальна стратегія в області репродуктивного здоров'я за рекомендаціями ВООЗ визначала індикаторами ефективності реалізації запропонованих підходів зменшення показника смертності немовлят (Ціль 4) та материнської смертності (Ціль 5), що було позитивним для практично всіх країн Європейського регіону ВООЗ), розвитку набувають дослідження гендерних особливостей формування репродуктивного здоров'я.

В рамках реалізації «Плану дій з охорони сексуального і репродуктивного здоров'я» на період до 2030 р. в Європі (документ EUR/RC66/13, прийнятий резолюцією EUR/RC66/R7) та Стратегії підтримки здоров'я і благополуччя

жінок в Європейському регіоні ВООЗ (документ EUR/RC66/14, прийнятий резолюцією EUR/RC66/R8), репродуктивне здоров'я у світі розглядається із позицій необхідності врахування впливу на нього регіональних, соціально-економічних, гендерних умов формування, а також рівності при наданні послуг національних служб громадського здоров'я з його збереження.

Сучасні профілактичні стратегії збереження та зміцнення репродуктивного здоров'я населення мають враховувати та аналізувати результативність заходів системи охорони здоров'я, направлених на ранню діагностику розладів репродуктивної функції, як у жінок, так і у чоловіків. Серед них, в першу чергу слід згадати про профілактичні діагностичні лабораторні методи обстеження, визначена кратність та обсяг яких обґрунтована з позицій доказового менеджменту.

Так, наукові дослідження демонструють переконливі докази того, що причиною розвитку нееластичних процесів у органах репродуктивної системи людини є вірус папіломи людини (ВПЛ). На сьогодні вірусні генітальні інфекції у жінок репродуктивного віку представляють собою серйозну медико-соціальну проблему. Спостерігається постійне зростання інфікованості вірусом папіломи людини серед населення молодого репродуктивного віку, що становить потенційну загрозу, як для стану здоров'я молодих людей в цілому, так і впливає на їх гінекологічне та урологічне здоров'я, здатність до зачаття і народження здорових дітей.

Дані сучасних доказових досліджень демонструють причетність вірусу папіломи людини до декількох типів злоякісних трансформацій, включаючи генітальний рак, у тому числі рак шийки матки. За даними Міжнародної організації по дослідженню раку (IARC) вірус папіломи людини є однією з основних причин розвитку новоутворень цієї локалізації. В переважній більшості випадків (98 %) при діагностиці раку шийки матки виявляють і папіломавірус людини (13 типів). Встановлено, що саме серотипи 16, 18 вірусу папіломи людини є частою етіологічною причиною вперше виявленого раку шийки матки у жінок. Серотипи вірусу папіломи людини 31, 33, 35 визнані потенційними канцерогенами.

Публікації експертів ВООЗ демонструють «помолодшання» і зростання кількості випадків дисплазій шийки матки та раку шийки матки, що проявилось у зростанні захворюваності та смертності від останнього. При тому, що щорічно у світі реєструється біля 500 тис. випадків раку шийки матки, кожний другий закінчується смертю пацієнтки протягом першого року після встановлення діагнозу. Вірус папіломи людини причиняє імунологічні порушення значими і за глибиною, і за площею ураження шийки матки. Вищою частотою вагінальних дисбіозів встановлена у пацієнток з поширеними ураженнями шийки матки.

При цьому, науково доведеним є той факт, що персистенція або очищення від вірусу папіломи людини залежить саме від індивідуальної імунної відповіді організму людини. Саме слабка здатність імунної системи до

індивідуальної імунної відповіді організму людини при персистенції вірусу папіломи людини стає важливим кофактором розвитку раку шийки матки.

Враховуючи все вищенаведене, обґрунтованим стає включення до відомих профілактичних стратегій збереження репродуктивного здоров'я населення України елементу вакцинації молоді та підлітків від вірусу папіломи. Такий доповнюючий аспект профілактичних стратегій в розвинених країнах світу довів ефективність, зокрема щодо зниження захворюваності на злоякісні захворювання органів репродуктивної системи, як чоловіків, так і жінок.

В Україні вакцинація від вірусу папіломи людини віднесена до не обов'язкових, а випадки самозвернень своєчасно інформованих лікарями-спеціалістами осіб, включають переважно жінок, в той час як чоловіки продовжують перебувати в групі ризику, практикуючи ризикові поведінкові стереотипи поведінки.

Для реалізації поставленої в дослідженні мети нами була з'ясована готовність населення репродуктивного віку до участі у сучасних профілактичних програмах з попередження розладів репродуктивного здоров'я. Реалізація запланованого передбачала проведення соціологічного дослідження. За його результатами було з'ясовано, що третина опитаних чоловіків мали в анамнезі запальні захворювання сечостатевої системи, зокрема, кожен четвертий страждав на хронічний простатит ($26,05 \pm 1,54\%$). Виявлено суттєве переважає поширеності шкідливих звичок та саморуйнівних поведінкових стереотипів саме серед чоловіків, що обґрунтовує в майбутньому врахування цього гендерного аспекту в плануванні та реалізації профілактичних інтервенцій з попередження порушення репродуктивного здоров'я серед молоді та підлітків обох статей. Так, більше половини респондентів-чоловіків ($57,28 \pm 1,74\%$) відмітили наявність у них звички тютюнопаління, більша половина з них відмітили її наявність ще в дитячому віці ($58,19 \pm 2,29\%$ респондентів-чоловіків мали досвід куріння у віці до 18 років). Третина опитаних чоловіків ($37,16 \pm 1,70\%$) вказали, що не припинили б курити навіть під час вагітності дружини, не дивлячись на те, що проінформовані про шкідливий вплив куріння на організм людини і майбутньої дитини. У $25,68 \pm 1,53\%$ опитаних чоловіків вживання алкогольних напоїв поєднується/асоціюється із посиленням статевого потягу. Більша половина опитаних чоловіків, на відміну від жінок, зазначили, що вперше спробували алкоголь у віці до 18-ти років ($76,79 \pm 1,48\%$).

Аналіз отриманих результатів обґрунтовує необхідність активного залучення чоловіків репродуктивного віку до проведення профілактичних діагностичних лабораторних обстежень, зокрема щодо своєчасного виявлення високого вірусного навантаження організму високоонкогенними штамми вірусу папіломи людини, наявність якого має важливе прогностичне значення у збереженні репродуктивного здоров'я подружньої пари або партнерів. Потребує обговорення та наступного наукового обґрунтування доцільності запровадження вакцинації підлітків, молоді від, оскільки досвід країн Євросоюзу доводить ефективність запровадження вакцинації хлопчиків та

дівчат пубертатного віку дев'яти компонентною вакциною від вірусу папіломи людини.

Висновки. Для України, як країни Європейського регіону, яка має соціально-економічні, гендерні, культурні особливості та потерпає від сучасних демографічних трансформацій населення спричинених збройним конфліктом, зростаючої актуальності набувають питання збереження та зміцнення репродуктивного здоров'я молоді. Результати проведеного дослідження переконують у наявності численних гендерних особливостей умов та факторів формування репродуктивного здоров'я, в першу чергу зумовлені особливостями соціалізації чоловіків, їх схильністю до формування шкідливих звичок та ризикованих поведінкових стереотипів. Важливою складовою розробки регіональних програм із збереження репродуктивного здоров'я мають стати профілактичні та діагностичні лабораторні обстеження сформованих груп ризику. А тому наукові дослідження в обраному напрямі, через свою актуальність, мають бути продовжені.

Література

1. Експертна дискусія "Міграційна криза: чи повернуться українці додому?". Українська правда, 2 листопада 2023 р.

2. Robards F., Kang M., Luscombe G., Sanci L., Steinbeck K., Jan S., Hawke C., Kong M., Usherwood T. Predictors of young people's healthcare access in the digital age. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*. 2019. V. 43(6). P. 582-588. DOI: 10.1111/1753-6405.12936.

3. White A., Seims A., Cameron I., Taylor T. Social determinants of male health: a case study of Leeds, UK. *BMC Public Health*. 2018. V.18. P. 160.

4. Velasco A., Cruz S. S., Billings J., Jimenez M., Rowe S. What are the barriers, facilitators and interventions targeting help-seeking behaviours for common mental health problems in adolescents? A systematic review. *BMC Psychiatry*. 2020. V. 20(1). P. 293. DOI: 10.1186/s12888-020-02659-0.

5. WHO Regional Office for Europe. Sexually transmitted infections. In: WHO Regional Office for Europe [веб-сайт] (2016). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. URL: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/sexuallytransmitted-infections>).

ВЖИВАННЯ НІКОТИНУ СЕРЕД ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ РІЗНИХ КРАЇН

Меденцій Ю.І., Брич В.В.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Ключові слова: військовослужбовці, нікотин, тютюн, бездимні тютюнові вироби, куріння.

Актуальність проблеми. Споживання тютюну та тютюнових виробів має значні негативні наслідки як для здоров'я військового (під час служби та після її закінчення), так і для економіки та громадського здоров'я в цілому. Дослідження досвіду інших країн щодо стану та вирішення цієї проблеми може допомогти сформуванню вітчизняну стратегію та підходи до зменшення негативного впливу вживання тютюнових виробів поточними та колишніми військовими в Україні.

Мета дослідження: проаналізувати наукові публікації щодо вживання нікотину військовослужбовцями за результатами досліджень, проведених в США, Великобританії і Тайвані.

Матеріали та методи. Для досягнення поставленої мети використано метод аналізу наукової літератури. Матеріалами дослідження стали наукові статті та навчальні посібники, розроблені для і спільно з військовими силами відповідних країн.

Результати дослідження. За даними G. Wayne Talcott та співавторів приблизно 30% всього особового складу в армії США палять цигарки і понад 14% вживають бездимний тютюн [1]. Аналізуючи 20 років спільних досліджень з Військово-повітряними силами США, дослідники визначили, що попри доведену ефективність заходів заборони паління на службі є ряд свідчень про вплив військової служби на вживання тютюнових виробів. Результати дослідження продемонстрували, що новобранці часто вперше пробують курити з початком служби, а вживання бездимних тютюнових виробів з часом призводить до початку куріння. Також встановлено, що частота куріння військовослужбовцями армії США збільшується під час бойових дій, а одним з найбільш ефективних заходів формування відмови від вживання тютюну є активна нікотинзамісна терапія [1].

Отже, обсяги споживання тютюнових виробів і нікотину серед військовослужбовців США високі, а це впливає на розвиток культури вживання серед молодих рекрутів [2]. Ця категорія має високий ризик споживання тютюну, оскільки демографічно в основному це молодь чоловічої статі з сімей з низьким рівнем доходу та високою часткою населення з національних менших [1]. Крім того, для військовослужбовців характерні певні психологічні фактори ризику, що збільшують їх уразливість до споживання тютюну – схильність до бунтарства, ризикової поведінки і споживання алкоголю.

Міністерство оборони США витрачає понад 1.6 мільярдів доларів США на рік на заходи з охорони здоров'я, госпіталізацію і втрачені трудові серед військовослужбовців через вживання тютюнових виробів. Витрати на охорону здоров'я, пов'язані з тютюновими виробами, значні як під час, так і після закінчення військової служби [1]. Відомо, що історично військо спочатку підтримувало використання тютюну, але останнім часом намагається боротися з його споживанням. Слід зазначити, що галузь виробництва тютюнових виробів традиційно агресивно була націлена на військовослужбовців, тому спроби просування тютюну, знижки на тютюнові вироби в магазинах для військовослужбовців і вплив оточення під час безпосередньої військової служби стали своєрідною перешкодою сучасним спробам зменшити поширеність вживання тютюнових виробів серед військовослужбовців [1].

За даними Комітет Інституту медицини (США) з питань відмови від куріння серед військовослужбовців і ветеранів наслідки через вживання тютюнових виробів серед військовослужбовців і ветеранів для економіки і здоров'я значні. Зазначається, що відсоток курців (понад 30%) серед військовослужбовців в півтора рази вищий, ніж серед цивільного населення (19.8%) (CDC, 2008). Водночас вживання бездимних тютюнових виробів серед військових вище, ніж серед цивільного населення (Міністерство оборони США, 2006). Слід відмітити, що обсяг вживання тютюнових виробів серед популяції ветеранів також вищий – 22% (Департамент в справах ветеранів, 2006), ніж серед решти населення [3].

Відповідно до публікації N.T. Fear та співавторів станом на 2004 рік у Великобританії відсоток курців серед військовослужбовців-чоловіків у віці 20–49 років складав 30% порівняно з 33% серед загального населення [4]. А за результатами дослідження L. Goodwin та співавторів (2020) щодо госпіталізації з приводу неінфекційних захворювань у збройних силах Великобританії, курці мали в 1,5 рази більший ризик госпіталізації через шлунково-кишковий розлад та ураження суглобів порівняно з некурцями [5].

Відповідно до даних досліджень, проведених в Тайвані, поширеність паління цигарок в військових навчальних центрах і після одного року військової служби складала 48.6% і 48.1% станом на 2006р., які знизилися до 39.2% і 38.6% у 2010р. з подальшим зниженням до 31.0% і 30.1% у 2014р. Серед військових офіцерів тенденції поширеності паління серед різних гілок військової служби показали незначне зниження між 2004 і 2008 роками, проте значно знизилися між 2013 і 2014 роками. Поширеність паління в 2014р. була 32.1%, 32.8%, і 32.4% для сухопутних, військово-морських і військово-повітряних сил відповідно [6].

Висновки. Вживання тютюнових і нікотинових виробів, а не лише власне куріння, створює значне додаткове навантаження як на систему охорони здоров'я країни, так і на саму систему її армії. Зниження обсягів споживання таких виробів серед поточних і колишніх військовослужбовців може мати значні позитивні наслідки для здоров'я даних груп населення, для системи

охорони здоров'я в цілому, а також для ефективності роботи самої системи армії відповідної країни.

Література

1. Talcott G.W., Ebbert J.O., Klesges R.C., Linde B.D., Seals R.W., Krukowski R.A., Grieser E.A., Oh J.Y., Martin-Zona D.M. Tobacco Research in the Military: Reflections on 20 Years of Research in the United States Air Force. *Military Medicine*. 2015. Vol. 180, No. 8. P. 848-50. DOI: 10.7205/MILMED-D-14-00501.

2. Lang A.E., Yakhkind A., Prom-Wormley E. Tobacco and Nicotine Use in the United States Army Trainee Soldier's Environment. *Lung*. 2022. Vol. 200. P. 419–421. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00408-022-00544-z>.

3. Combating Tobacco Use in Military and Veteran Populations. Institute of Medicine. Washington, DC: The National Academies Press, 2009. 380 p. DOI: <https://doi.org/10.17226/12632>.

4. Fear N.T., Horn O., Hull L., Murphy D., Jones M., Browne T., Hotopf M., Wessely S., Rona R.J.. Smoking among males in the UK Armed Forces: Changes over a seven year period. *Preventive Medicine*. 2010. Vol. 50, No. 5–6. P. 282-284. DOI: 10.1016/j.ypmed.2010.03.006.

5. Goodwin L., Leightley D., Chui Z.E., Landau S., McCrone P., Hayes R.D., Jones M., Wessely S., Fear N.T. Hospital admissions for non-communicable disease in the UK military and associations with alcohol use and mental health: a data linkage study. *BMC Public Health*. 2020. Vol. 20 (1). P. 1236. DOI: 10.1186/s12889-020-09300-5.

6. Chu N.F., Lin F.H., Wu Y.C. Prevalence and Trends of Cigarette Smoking Among Military Personnel in Taiwan: Results of 10-Year Anti-Smoking Health Promotion Programs in Military. *Military Medicine*. 2017. Vol. 182. No.7. e1933-e1937. DOI: 10.7205/MILMED-D-16-00361.

МЕДИЧНА ТА ПСИХОЛОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ЛЮДЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ: РОЛЬ ФАХІВЦІВ ТА ГРОМАДИ

Мосійчук І. В.

Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради

Грищук С. М.

Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради

Житомирський державний університет імені Івана Франка

Ключові слова: реабілітація, адаптація, громади, анкетування, особи з інвалідністю, інклюзивне суспільство.

Актуальність проблеми. Реабілітація є основною функцією системи громадського здоров'я, поряд із зміцненням здоров'я, профілактикою захворювань, лікуванням і паліативною допомогою, і є невід'ємною частиною комплексного охоплення послугами охорони здоров'я. В Україні протягом останніх років впроваджено системні зміни в галузі реабілітаційної допомоги. Важливим етапом нормативного-правового регулювання системи реабілітації стало прийняття Закону України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» у грудні 2020 року, яким визначено правові, організаційні та економічні засади проведення реабілітації осіб з обмеженнями повсякденного функціонування у сфері охорони здоров'я [1]. Послуги з надання реабілітаційної допомоги в стаціонарних і амбулаторних умовах включені в програми державних гарантій медичного обслуговування населення [2].

Забезпечення рівних прав і можливостей для всіх громадян є одним із головних принципів сучасного розвинутого суспільства, тому люди з інвалідністю мають таке саме право на якісну медичну та психологічну реабілітацію, як і всі інші. Медичні спеціалісти, включаючи лікарів, фізичних терапевтів, ерготерапевтів та інших медичних працівників, відіграють ключову роль у наданні медичних послуг та реабілітації. Вони визначають індивідуальні потреби пацієнтів, розробляють та виконують плани лікування та відновлення, надають медичну підтримку та реабілітаційні процедури [3]. У свою чергу, психологи та психотерапевти надають психологічну підтримку, допомагають інвалідам у вирішенні психологічних та емоційних проблем, пов'язаних з інвалідністю, та сприяють психологічній адаптації до нового життя [4, 5].

Представники громад спільно з медичними працівниками також повинні відігравати значну роль у реабілітації людей з інвалідністю, які проживають на території цих громад, адже їх взаємодія та співпраця є ключовою для забезпечення інтеграції осіб з інвалідністю в суспільство та покращення якості життя цієї вразливої групи населення [6]. Тому дослідження сучасного стану надання реабілітаційних послуг на рівні громад є досить актуальним.

Мета дослідження полягала у визначенні ролі фахівців з медичною освітою та працівників соціальної сфери територіальних громад у реабілітації людей з інвалідністю на прикладі Хорошівської громади Житомирської області.

Матеріали та методи. Для досягнення мети дослідження було проведено за спеціально розробленою анкетною анкетування людей з інвалідністю, які проживають на території Хорошівської громади, щодо сприйняття медичної та психологічної реабілітації, яка проводиться на рівні громади. До проведення анкетування було залучено 100 респондентів – людей з інвалідністю, які проживають у різних населених пунктах Хорошівського району Житомирської області більше 2 років і зверталися на консультацію до лікаря-невролога Хорошівської лікарні у 2023 році. Анкета включала вісім питань, респондент міг надати декілька варіантів відповіді на питання. Використовувалися бібліосемантичний та статистичний методи дослідження.

Результати дослідження. Встановлено за результатами обробки анкет, що опитані респонденти протягом 2023 року з послуг медичної та психологічної реабілітації у зв'язку з інвалідністю на рівні громади найчастіше отримували лікарські консультації (78 випадків) та фізіотерапевтичні процедури (32 випадки). Про надання психологічної підтримки зазначили 13 опитаних.

Серед бар'єрів, які перешкоджають доступу до медичної реабілітації і психологічній підтримці у своїй громаді, перше місце займають фінансові обмеження, які є актуальними для 69 опитаних. Другим бар'єром (43 відповіді) є фізичні обмеження, на третьому (24 відповіді) – соціальна ізоляція.

Наступне питання стосувалося оцінки якості отриманих послуг з медичної реабілітації. Переважна більшість респондентів (63) зазначають, що якість послуг перебуває на доволі низькому рівні, 27 осіб переконані, що рівень реабілітації задовільний, 5 громадян відмітили високий рівень отриманих послуг, ще 5 не змогли визначитися з оцінкою.

Серед фахівців, які відігравали найважливішу роль у проведенні реабілітації, 64% опитаних відзначили лікарів, 39% - фізіотерапевтів, 10% - психологів, для 5 осіб важливими були інші спеціалісти.

Серед додаткових послуг або ресурсів, які були б корисними для покращення стану та якості життя у громаді, більшість респондентів обрали індивідуальну реабілітацію та підтримку громади, відповідно це 63 та 67 осіб, тобто фактично 2/3 від усіх опитаних. Для 45 респондентів є важливим доступ до спортивних тренувань.

Що стосується потенційних ініціатив задля поліпшення якості життя та умов для людей з інвалідністю на рівні громади, 84 особи вибрали забезпечення безбар'єрної доступності. Розвиток психосоціальної підтримки обрала 61 людина, організацію тренінгів і навчань – 26 осіб.

Одне з питань анкети стосувалося оцінки впливу громадських організацій або громади на медичну та психологічну реабілітацію. Прикро констатувати, але лише 33% респондентів оцінили вплив громади, як позитивний, для 18 % опитаних вплив громади є негативним, 26 % опитаних відмітили, що громада фактично не сприяє їхній реабілітації та інтеграції в суспільство, не змогли надати оцінку 23 % респондентів.

Варто відзначити, що серед опитаних 84% відповіли, що рекомендації, які вони надавали при розробці плану реабілітації та психологічної підтримки у громаді, були прийняті до уваги.

В цілому, можна констатувати, що рівень підтримки людей з інвалідністю у громадах (на прикладі Хорошівської громади) доволі низький. Це обумовлено низкою чинників, зокрема, перебуванням країни у військовому стані, недостатньою наявністю необхідної інфраструктури, соціокультурними бар'єрами, браком координації між людьми з інвалідністю та громадами. Значна частина людей з інвалідністю у Хорошівській громаді стикаються з економічними складнощами, адже дохід цієї групи населення часто обмежений пенсією, яку призначає держава. А ті люди, які хочуть працювати, часто мають складнощі із працевлаштуванням у своїй громаді.

За результатами анкетування встановлено низький рівень психологічної підтримки людей з інвалідністю, яка є одним з важливих компонентів медичної реабілітації. Це можна пояснити небажанням громадянам звертатися за допомогою психолога через недовіру до ефективності психологічних послуг.

Інфраструктура досліджуваної громади недостатньо обладнана для забезпечення доступу та зручностей для осіб з інвалідністю. Недостатній рівень доступності громадських місць, транспорту, закладів охорони здоров'я та інших об'єктів суттєво ускладнюють участь людей з інвалідністю в суспільному житті громади.

Соціокультурні бар'єри, пов'язані зі сприйняттям осіб з інвалідністю у громаді, можуть бути різного характеру і впливати на їхню інтеграцію та доступ до різних сфер життя. Стереотипи і упередження є одними із найпоширеніших соціокультурних бар'єрів, які існують в суспільстві щодо людей з інвалідністю. Вони включають, зокрема, переконання, що люди з інвалідністю менш компетентні або не можуть брати участь у різних аспектах суспільного життя. Такі упередження можуть призводити до соціальної ізоляції та відчуття відокремленості серед людей з інвалідністю.

Люди з інвалідністю часто стикаються з труднощами щодо участі в культурних та розважальних подіях через відсутність доступних об'єктів та адаптованих програм. Ця проблема є частково й інфраструктурною, адже абсолютна більшість соціокультурних бар'єрів напряму пов'язана із відсутністю необхідної інфраструктури.

Висновки. Встановлено на прикладі Хорошівської громади Житомирської області, що участь медичних фахівців та представників соціальної сфери громади у медичній та психологічній реабілітації людей з інвалідністю є недостатньою. Більшість опитаних респондентів вважають, що саме представники громади повинні відігравати ключову роль у забезпеченні можливостей реабілітації, повноцінного життя та адаптації інвалідів в суспільстві. На території громад має бути доступна інфраструктура для інвалідів, включаючи пандуси, спеціалізований транспорт та доступ до громадських місць.

Медичні фахівці та представники соціальної сфери громади мають спільно працювати для створення підтримуючого середовища для людей з інвалідністю, що сприятиме покращенню якості життя цих громадян і розвитку більш інклюзивного суспільства.

Література

1. Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я: Закон України від 03.12.2020р. № 1053-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text>.

2. Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2023 році: Постанова КМУ від 27 грудня 2022 р. №1464. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1464-2022-%D0%BF#n438>.

3. Коляденко Н. В., Траченко В. А. Медико-психологічні засади професійної реабілітації осіб із інвалідністю. *Сучасна медицина, фармація та психологічне здоров'я*. 2019. № 2 (3). С. 107-135.

4. Михальська Ю. А., Михальський А. В. Сучасний стан медико-соціальної реабілітації осіб похилого віку та шляхи її вдосконалення. *Інклюзія і суспільство*. 2023. № 2. С. 72-78.

5. Корнійчук Н. М., Ляшевич А. М., Грищук С. М., Чайка, Ю. Ю. Вплив засобів фізичної реабілітації на фізичний розвиток дітей з функціональними порушеннями зору. *Фізична культура, спорт та здоров'я нації*. 2021. № 12. С. 91-97.

6. Кравченко О., Назар С. Підготовка майбутніх фахівців до надання реабілітаційних послуг у громаді. *Соціальна робота та соціальна освіта*. 2023. № 1 (10). С. 94-109.

ПІДГОТОВКА СПЕЦІАЛІСТІВ ДО ЗБЕРЕЖЕННЯ ТА ЗМІЦНЕННЯ ЗДОРОВ'Я ОСІБ СТАРШИХ ВІКОВИХ ГРУП, ПРОФІЛАКТИКИ САМОРУЙНІВНОЇ ПОВЕДІНКИ

*Мухтарова А.-Т. Натіг кизи, Мальцева О. Б.
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

Ключові слова: особи старшої вікової групи, фізичний та психоемоційний стан, фізична активність, фізична терапія

Актуальність проблеми. Темп і характер старіння людини можуть залежати як від вроджених факторів, так і бути пов'язаними з впливом факторів довкілля. Умовно розрізняють нормальне, чи фізіологічне, та передчасне старіння. При фізіологічному старінні людина до глибокої старості залишається практично здоровою, вона здатна до самообслуговування, зберігає активність та інтерес до всього, що її оточує. Для осіб старших вікових груп (60 років і більше) старість – час підведення підсумків і осмислення пережитого, адже протягом життя тривають багатомірні процеси росту (придбань) і занепаду (втрат), які визначаються складною взаємодією зовнішнього (соціального середовища) і внутрішнього (біологічного) факторів. Мають вплив і ряд стресових факторів професійно-побутового спрямування: відхід від активної діяльності, відсутність чіткого життєвого ритму, обмеження спілкування, звуження простору діяльності, занурення людини у свій внутрішній світ, самотність з відчуттям дискомфорту. Як результат – поява ознак психо-емоційної нестабільності [1].

Кожен може старіти "здорово". Для цього відсутність захворювань та вад не є обов'язковою умовою. Багато людей старших вікових груп мають одне або декілька захворювань, які, якщо добре контролюються, мало впливають на їхнє самопочуття. Завдання фізичних терапевтів – збільшити можливості до функціонування, активної життєдіяльності які дозволяють людям бути і робити те, що вони цінують та люблять. Кожна людина повинна мати можливість прожити довге та здорове життя. Середовище має великий вплив на поведінку, ризики для здоров'я, на доступ до якісної медичної та соціальної допомоги та на можливості, які доступні в старості. Для підтримки якості життя важливо забезпечити активну участь людей літнього віку в житті суспільства з наданням доступу до знань, підтримкою, солідарності між представниками різних поколінь, гарантуванням соціального захисту. Зростає кількість людей, які потребують відновлювальних антистресових програм щодо збереження та зміцнення здоров'я осіб старших вікових груп, профілактики саморуйнівної поведінки, підтримки гарної фізичної форми [2, 3].

Активна (фізична) рекреація – це процес використання засобів, форм і методів фізичної культури спрямованих на відновлення фізичних сил, задоволення потреб від активного відпочинку, розваг, вдосконалення особистості у вільний і спеціально призначений (за рахунок праці і навчання) час.

Рекреаційно-оздоровчі технології допомагають зняти фізичну та психоемоційну напругу, ураховують можливості та зацікавлення людини, створюють оптимальні умови для творчої реалізації та відповідають рекреаційним потребам учасників. Актуальність і пріоритетність розвитку засобів рекреації та фізичної терапії для населення обумовлені необхідністю формування здорового способу життя, профілактики захворювань та оздоровлення населення [4, 5].

Мета роботи. Вивчити особливості використання засобів рекреації, фізичної терапії серед осіб старших вікових груп.

Матеріали і методи. При виконанні досліджень було відібрано групу з 36 осіб віком 60-67 років, 27 (74 %) жінок та 9 (26 %) чоловіків. Всі обстежувані були розподілені на дві групи, приблизно однакові за станом свого здоров'я (протягом періоду нагляду): основна група (ОГ) – 22 особи, 17 (77%) жінок та 5 (23%) чоловіків; контрольна група (КГ) – 14 осіб, 10 (75%) жінок та 4 (25%) чоловіків. Вивчення стану здоров'я осіб старшої вікової групи: анамнез життя, самопочуття, виявлення можливих скарг з боку органів та систем. Об'єктивне обстеження (загальний огляд), фізикальне обстеження, проведення функціональних проб (тестів), анкетування. В переліку показників, які фіксувалися в щоденнику самоконтролю, були показники об'єктивні, які фіксуються приладами (ЧСС, АТ, температура тіла, динамометрія), і суб'єктивні (скарги на втому, настрій, самопочуття, бажання займатися, сон, апетит, працездатність, тощо).

Результати дослідження. До початку оздоровлення всі особи в контрольній та основній групах (КГ та ОГ), як жінки, так і чоловіки, не вважали себе (на момент обстеження) хворими, щоб пройти запропоноване обстеження та комплекс оздоровлення. Загалом 60% опитаних (приблизно однаково в обох групах), вважали, що ведуть здоровий спосіб життя: здорове (на їхній погляд) харчування (70% вживали в основному їжу, приготовану в домашніх умовах), достатню за обсягами фізичну активність (50% опитаних виконували вправи ранкової гімнастики щодня по 10 хвилин), пішохідні прогулянки до магазинів, на базар, що були розташовані недалеко від домівки.

При більш детальному опитуванні (анамнез життя) з метою виявлення ознак захворювань внутрішніх органів було виявлено, що 12 (30%) осіб приблизно 1 раз на рік хворіють (після переохолодження) на бронхіт та (або) респіраторні інфекції верхніх дихальних шляхів (оздоровлення проводять самолікуванням, переважно народними засобами); 15 (42%) опитаних - відмічали ознаки незначних порушень з боку опорно – рухового апарату: важкість або дискомфорт в окремих суглобах нижніх кінцівок (коліна, гомілково – стопні суглоби) та окремих відділах хребта (у більшості випадків шийного та попереково-крижового) – при збільшеннях фізичних навантажень побутового характеру (прибирання, прання тощо); 10 (27%) осіб, всі жінки – головні болі при перепадах атмосферного тиску (при змінах погоди).

При дослідженні окремих показників фізичного розвитку всі особи (за індексом Пін'є) були нормальної статури. При розрахунку індексу маси тіла (ІМТ) було встановлено у 4 (25%) осіб в КГ та у 6 (27%) обстежених в ОГ -

ІМТ в межах норми – відповідно $25,0 \pm 2,3$ в КГ та $25,5 \pm 2,0$ в ОГ. У більшості відібраних – у 10 (73%) осіб в КГ та у 16 (73%) осіб в ОГ при обстеженні була зафіксована надлишкова вага - відповідно $27,9 \pm 3,0$ в КГ та $28,3 \pm 3,2$ в ОГ.

Індекс фізичного стану в КГ склав: низький: 0,340 - 3(21%) особи; - нижче за середній - 0,520 (9 осіб, 67%); - середній 0,635 (2 особи, 12%). В ОГ індекс фізичного стану (у.о.) відповідно дорівнював: низький - 0,320 (4 особи, 18%); нижче за середній - 0,500 (15 осіб, 69%); середній - 0,630 (5 осіб, 13%). Показник індексу Кердо склав в КГ – 1,07, в ОГ - відповідно 1,06. Коефіцієнт витривалості (норма 16 у.о.) становив в ОГ: 17,9 у.о., в КГ - 17,8 у.о. Зміни значених показників в напрямку збільшення свідчили про зниження адаптації ССС та дихальної системи до фізичного навантаження.

Вивчення системи органів дихання показало не високі значення окремих показників у осіб старших вікових груп до початку використання комплексу рекреації та фізичної терапії: в ОГ, проба Штанге – $33,3 + 3,0$ сек., проба Генчі – до $25,5 + 1,0$ сек.; в КГ: проба Штанге – $34,7 \pm 2,7$ сек., проба Генчі – $27,0 \pm 1,0$ сек. Після курсу оздоровлення відмічено помірні позитивні зміни в показниках функціональної активності ССС. Повторне обстеження показало також збільшення періоду затримки дихання після вдиху (проба Штанге) в ОГ: до $45,1 + 2,1$ сек. (показник збільшився на 11,8 сек.), періоду затримки дихання після видиху (проба Генчі) – до $33,0 + 2,0$ сек. (показник збільшився на 7,5 сек.). В КГ відповідно: проба Штанге $34,4 + 3,1$ сек., проба Генчі - $26,1 + 1,2$ сек, показники при порівнянні з вихідними даними не змінилися. З покращенням та значим покращенням курс рекреації та фізичної терапії завершили 17 (77%) осіб в ОГ, 6 (42%) осіб в КГ.

Висновки. Встановлено, що у осіб старших вікових груп має місце зниження активності окремих функціональних систем, в першу чергу серцево – судинної та дихальної, частково – опорно-руховий апарат, психо-емоційні порушення. За результатами проведеного обстеження стану фізичного та психічного здоров'я був розроблений комплекс фізичної терапії для осіб старшої вікової групи з використанням різних видів рухової активності (з використанням в малих соціальних групах): щоденно – виконання фізичних вправ, зміни режиму життєдіяльності - збільшення фізичних навантажень на організм: ходьба, походи вихідного дня. Комплекс, що включав щоденне виконання фізичних вправ, зміни режиму життєдіяльності: ходьба, ходіння по сходах (без використання ліфту), походи вихідного дня – все зазначене сприяло (за даними повторного опитування) підвищенню показників стану фізичного здоров'я, стресостійкості, емоційної та психічної рівноваженості, покращенню самопочуття, сну, побутової та загальної працездатності. Доведено, що навіть помірне збільшення фізичних навантажень на організм осіб старших вікових груп сприяє підвищенню стійкості організму до дефіциту кисню, покращує стан ССС та дихальної систем загалом.

Спосіб життя, спосіб життєдіяльності, реакція нервової системи на ті чи інші події суттєво впливають на розвиток старості. Правильно організована фізичним терапевтом програма збереження та зміцнення психічного здоров'я,

праця та відпочинок, раціональне харчування, активний руховий режим, доброзичливе відношення до людей благотворно діють на регуляторні системи організму, які підтримують його фізіологічну рівновагу. Основний зміст програми складають: - базується на руховій активності; - здійснюється у будь-який, вільний від побутової діяльності, час, переважно в природних умовах; - містить фізичні, емоційні, інтелектуальні компоненти, має оптимізуючий вплив на організм.

Література

1. Людина літнього віку і суспільство: деякі медико-соціальні аспекти сьогодення / Л. А. Стаднюк, О. В. Давидович М. В Олійник та ін.. *Актуальні питання вищої медичної (фармацевтичної) освіти: виклики сьогодення та перспективи їх вирішення* : Матеріали ХУ111 Всеукраїнської науково-практичної конференції (м. Тернопіль, 20-21 травня 2021 р.) Терноп. націон. мед. унів. ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України. Тернопіль : ТНМУ, 2021. С. 441–444.
2. Мелега К. П. Сучасні технології здоров'язбереження: навчальний посібн. м. Ужгород: Вид. УжНУ «Говерла», 2018. С. 64–65.
3. Сорокіна І. Секрети здоров'я. Активне довголіття за системою Мікуліна. *На пенсії*. № 36 (803), 7 – 13 вересня 2021 р., С. 6.
4. Костікова О. В., Корсун С. М., Шапошнікова І. І. Теоретико-методологічні аспекти реабілітації в контексті психічного здоров'я особистості. *Актуальні проблеми медико-біологічного забезпечення фізичної культури, спорту та фізичної реабілітації* : Збірник статей V Міжнародної наук.-практ. інтернет-конференції. м. Харків : ХДАФК, 2019. С. 235–241.
5. Про Національну стратегію з оздоровлення рухової активності в Україні на період до 2025 року: «Рухова активність – здоровий спосіб життя – здорова нація» - Указ Президента України від 09.02.2016 року № 42/2016.

АНАЛІЗ СТАНУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я МАТЕРІ І ДИТИНИ В УКРАЇНІ

Немцова Т. С.

Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради

Ключові слова: охорона здоров'я, діти, материнство, медична допомога, педіатрія

Актуальність проблеми. Основною силою сталого розвитку країни є її населення. Стан здоров'я населення виступає важливим чинником економічного благополуччя країни. З початку набуття Україною незалежності ситуація з якістю організації та надання медичної допомоги постійно викликала і викликає тривогу [2,3,13]. Від 1991 року у країні фіксується тенденція скорочення чисельності населення, кількість померлих постійно перевищувала кількість народжених, що призводить до демографічної кризи та вимирання нації, а темпи щороку тільки нарощуються. За даними Державної служби статистики України на 100 померлих - живою народжується тільки 41 дитина. Так, тільки у 2022 році народилось 209,3 тис. дітей та померло 541,7 тис. осіб [4,9].

Сьогодні в умовах ведення бойових дій на Україні одними із ключових аспектів розвитку сфери охорони здоров'я є забезпечення доступу до медичної допомоги та якість медичних послуг, а також забезпечення кадровим потенціалом системи охорони здоров'я [5].

Мета дослідження. Аналіз сучасного стану забезпечення охорони здоров'я материнства і дитинства в Україні та виявлення можливих шляхів покращення цієї проблеми.

Матеріали та методи дослідження. Матеріалом дослідження є аналіз наукових та літературних джерел, статистичних даних у сфері надання медичної допомоги матері та дитині в Україні, визначення тенденцій організаційного, кадрового та ресурсного забезпечення служби охорони здоров'я.

Результати та їх обговорення. Охорона здоров'я в Україні - це комплекс заходів, що здійснюються відповідними державними органами, закладами охорони здоров'я, фізичними особами-підприємцями, які мають відповідну ліцензію на право проведення діяльності з медичної практики, громадськими об'єднаннями з метою збереження та відновлення працездатності людини, фізіологічних властивостей організму і максимальної тривалості життя [6]. Очевидно, що таке широке визначення терміну «охорона здоров'я» виходить за умовні межі сфери медицини.

Законодавство України визначає здоров'я як стан повного фізичного, душевного та соціального благополуччя, а не лише відсутність хвороб та фізичних дефектів.

Життя та здоров'я людини віднесено до головних національних та соціальних цінностей, відповідальність за охорону яких бере на себе держава.

Охорона материнства і дитинства в нашій країні стала одним із стратегічних напрямів державної соціальної політики. На сьогодні механізм захисту материнства складається із загальних норм, що регулюють соціальне забезпечення взагалі, а також низки спеціальних положень законодавства. Медична допомога жінкам і дітям ґрунтується на загальних принципах організації лікувально-профілактичної допомоги, але має більш виражену профілактичну спрямованість і здійснюється поетапно (Табл. 1).

Таблиця 1

Механізм забезпечення охорони здоров'я матері і дитині в Україні

Стапи надання лікувально-профілактичної допомоги матері та дитині	I етап - медична допомога майбутній матері і підготовка її до материнства
	II етап - комплекс заходів по антенатальній охороні плоду
	III етап - інтранатальна охорона плоду
	IV етап - лікувальна допомога новонародженим
	V етап - охорона здоров'я дітей дошкільного віку
	VI етап - охорона здоров'я дітей шкільного віку

Ефективне формування і підтримка здоров'я дітей можливі лише за наявності добре працюючих ланок системи охорони. Доступність та якість медичної допомоги визначаються ресурсними можливостями країни. В останні роки вирішення гострих проблем материнства та дитинства в нашій країні реалізувалося шляхом ухвалення відповідних законів, указів уряду, а також створення та виконання пріоритетних національних програм. Вони, безумовно, пов'язані з соціально-економічними процесами і диктувалися демографічною ситуацією. У той же час ці зміни здебільшого визначалися основними напрямками реформування сфери охорони здоров'я (Табл.2).

Так, за даними Центру медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України, загальна кількість лікарняних закладів у країні за період з 2015 р. по 2022 р. зменшилось на 25,3 %, кількість закладів, які надають амбулаторно-поліклінічну допомогу, зменшилась на 70,7 % [7].

Важливими складовими системи охорони здоров'я матері і дитини являються акушерсько-гінекологічна допомога і лікувально-профілактична допомога дітям. Існуюча в Україні мережа закладів охорони здоров'я, які надають лікувально-профілактичну допомогу дітям, також зазнала змін: відбулося скорочення дитячих обласних лікарень на 7,4 %, дитячих міських лікарень на 31,7 %, пологових будинків – на 16,9 %.

Вагомим показником рівня цивілізованості країни та результативності медичної допомоги є її доступність. Суттєві кадрові втрати педіатричної служби гальмують досягнення достатнього рівня доступності медичної допомоги дітям.

Так, за період з 2015 по 2022 р. забезпеченість педіатрами та неонатологами зменшилась на 23,7 %, забезпеченість спеціалізованими ліжками дітей віком 0-17 років у лікарняних закладах зменшилась на 28,9 %.

В умовах зростання в Україні зовнішніх загроз і посилення внутрішньої напруги в суспільстві, зниження економічних показників, наростаючого міграційного процесу відбувається скорочення потенціалу відтворення населення і поглиблення ризику погіршення кількісних і якісних показників здоров'я дитячого населення країни [12]. Упродовж періоду суверенності України чисельність дітей у віці від 0 до 17 років зменшилася на 44,8 % - з 13305,0 тис. у 1990 році до 7348,5 тис. у 2022 році.

Таблиця 2

Динаміка мережі медичних установ в Україні, 2015-2022 рр.

Показник	2015 р.	2020 р.	2021 р.	2022 р.	Динаміка
Загальна кількість лікарняних закладів, всього	1539	1302	1229	1150	зменшення на 25,3 %
Забезпеченість лікарями, на 10 тис. населення	38,0	35,58	35,1	33,55	зменшення на 11,7 %
Кількість закладів, які надають амбулаторно-поліклінічну допомогу	8034	8370	2511	2356	зменшення на 70,7 %
Кількість обласних дитячих лікарень	27	27	27	25	зменшення на 7,4 %
Кількість міських дитячих лікарень	6 0	47	43	41	зменшення на 31,7 %
Кількість пологових будинків	77	69	68	64	зменшення на 16,9 %
Забезпеченість педіатрами та неонатологами (кількість)	10799	9477	9311	8235	зменшення на 23,7 %
- у т.ч. на 1000 дітей	1,42	1,26	1,25	1,23	зменшення на 13,4 %
Забезпеченість спеціалізованими ліжками дітей 0-17 років (кількість)	43755	33720	32237	31143	зменшення на 28,9 %
- у т.ч. на 10000 дітей	54,46	44,76	43,22	42,38	зменшення на 22,2 %

Головною загрозою у сфері охорони здоров'я є демографічна кризова ситуація, масове поширення ВІЛінфекцій/СНІДу, туберкульозу, епідемій та пандемій, у зв'язку з непроведенням щеплень від тяжких інфекційних хвороб [1,8].

Серед усіх причин, які значно погіршують складну демографічну ситуацію в Україні та негативно впливають на здоров'я майбутніх поколінь, велике значення мають порушення репродуктивного здоров'я населення, частота яких з кожним роком зростає. Ця проблема значною мірою пов'язана з питанням організації медико-соціальної допомоги сім'ям [11].

Об'єктивним критерієм доступності медичної допомоги населенню і в той же час показником діагностичної можливості системи охорони здоров'я є повнота охоплення жінок та дітей профілактичними оглядами.

Водночас, в Україні кількість жінок, оглянутих профілактично за період 2020-2022 років зменшилася на 40,1 %, а з проведенням цитологічного дослідження – на 44,1 %. І, на жаль, ця проблема тільки зростає (Табл. 3). Від загальної кількості дітей віком від 0 до 17 років, які підлягали охопленню профілактичними оглядами, у 2015 році питома вага оглянутих дітей становила 98,4 %, з тенденцією до зниження у 2022 році – до 85,1 %.

Здоров'я дітей безпосередньо пов'язане зі здоров'ям жінок, яке має стійку тенденцію до погіршення, про що свідчить зростання за останні десять років захворюваності вагітних на анемію, захворювання сечостатевої системи та системи кровообігу. Збільшується кількість безплідних шлюбів та новонароджених із вродженою патологією. Як відомо, збереження нормальної репродуктивної функції людини починається з її дитинства і, отже, потребує дотримання певних умов, якими, на жаль, підлітки сьогодні нехтують [10].

Таблиця 3

**Динаміка охоплення профілактичними оглядами жінок в Україні,
2015-2022 рр.**

Показник	2020 р.	2021 р.	2022 р.	Динаміка
Загальна кількість оглянутих на 10 тис. населення, всього	3647	3101	2186	зменшення на 59,9 %
- у т.ч. з цитологічним дослідженням	2858	2254	1494	зменшення на 52,3%
Питома вага охоплених цитологічним дослідженням серед жіночого населення, %	28,6	22,5	15,0	зменшення на 52,4 %

Висновки та перспективи подальших досліджень. Збереження життя і здоров'я дітей є стратегічно важливим і пріоритетним завданням держави у сфері охорони здоров'я. Подолання демографічної кризи в Україні має стати результатом комплексних позитивних змін на всіх напрямках суспільного життя. Останніми роками в Україні розширюється об'єм наукових досліджень, необхідних практичній охороні здоров'я, у тому числі і по лікуванню безпліддя, створюються центри охорони материнства і дитинства, укомплектовані сучасною апаратурою, розробляються імунологічні взаємовідносини організмів матері і плоду, методи ефективної і безпечної контрацепції.

На сьогоднішній день лише існуючі можливості медичного обслуговування не можуть забезпечити якісний рівень обслуговування матері та дитини. Отже, цілі сталого розвитку можуть бути досягнуті через державне регулювання, спрямоване на вирішення організаційних та кадрових питань у медичній галузі. Особливо важливо знайти шляхи вирішення цієї проблеми на регіональному рівні з урахуванням територіальних особливостей демографічних процесів, інфраструктури системи охорони здоров'я тощо.

Література

1. Висоцька О.І., Голубовська О.А. Актуальні питання протидії поширенню соціально-небезпечних гемоконтактних вірусних інфекцій в сучасній системі громадського здоров'я України: роль первинної медичної допомоги *Україна. Здоров'я нації*. 2018. №. 3. С. 11-16.
2. Гребняк М.П., Таранов В.В., Федорченко Р.А. Сучасна динаміка здоров'я населення України у глобальному вимірі. *Довкілля та здоров'я*. 2018. №3(88). С.27-33.
3. Качмарська М. О., Любінець О. В. Стосовно оцінки рівня громадського здоров'я в Україні та її регіонах. *Україна. Здоров'я нації*. 2022. Т. 1. №. 1. С. 7-16.
4. Кравець І.М. Демографічна криза в Україні: стан, наслідки та перспективи її подолання. *Економічні науки*. 2021. №4. С.114-120.
5. Ніколюк О. В., Родіна О. В., Маркевич О. В. Оцінка впливу соціально-демографічних факторів на розвиток сфери охорони здоров'я України. *Економіка і регіон*. 2023. №. 3(90). С. 26-30.
6. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України № 2801–ХІІ від 19.11.1992 // Відомості Верховної Ради України.1993. № 4. С. 19.
7. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні. Статистичні дані. Центр громадського здоров'я МОЗ України. URL:<http://medstat.gov.ua/ukr/statdan.html> (дата звернення: 10.10.2023).
8. Процюк Р.Г. Актуальні питання ко-інфекції туберкульоз/ВІЛ/СНІД в Україні. *Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція*. 2016. №. 1. С. 84.
9. Чалюк Ю. Глобальні соціально-економічні наслідки російсько-української війни. *Економіка та суспільство*. 2022. №. 37. С. 18-23.
10. Чорна В. В., Хлестова С. С., Гуменюк Н. І. Показники захворюваності і поширеності та сучасні погляди на профілактику. *Вісник Вінницького національного медичного університету*. 2020. Т.24. №1. С. 158–164.
11. Шерстюк Н.С., Соколов А.В. Здоров'я населення України та його вплив на демографічну ситуацію. *Економіка і суспільство*. 2016. Т. 5. С. 316-319.
12. Antipkin Y. G., Marushko R. V., Dudina E. A. Еволюція малюкової смертності в Україні. *Modern Pediatrics. Ukraine*. 2021. №. 1 (113). С. 6-14.
13. Kozlovskiy S. et al. Assessment of public welfare in Ukraine in the context of the COVID-19 pandemic and economy digitalization //Problems and Perspectives in Management. 2021. Т. 19. №. 1. С. 416-431.

СТРАТЕГІЧНІ НАПРЯМКИ РОБОТИ ЦЕНТРІВ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я ЩОДО ПРОФІЛАКТИКИ ОРГАНІВ ДИХАННЯ

Окіпна І. Г., Березюк Ю. В.

Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради

Ключові слова: профілактика, захворювання системи органів дихання, фактори ризику, тютюнопаління.

Актуальність проблеми. Сьогоднішнє питання збереження та зміцнення здоров'я населення України згідно Плану заходів до 2030 року, який затверджений розпорядженням Кабінету Міністрів України, підтверджує прагнення створення єдиної електронної системи обміну медичною інформацією для покращення роботи закладів охорони здоров'я різних рівнів воєдино [5]. Але показники поширення захворюваності, санітарно-епідемічна ситуація в країні показують протилежне [1, с.29].

Отже, це питання залишається актуальним нашого сьогодення. Захворювання органів дихання становлять одну з найпоширеніших груп хвороб. У загальній захворюваності їхня частка в різні роки становить від 53 до 41%. В 2010-2020 роки інтенсивність захворюваності хворобами органів дихання стала скорочуватися. З 2010 до 2020 р. вона скоротилася на 37% при тім, що в цілому первинна захворюваність коливалася не настільки значно. Причина скорочення захворюваності складається не в тім, що люди стали менше хворіти, а в тім, що із хворобами органів дихання стали менше звертатися за медичною допомогою. Значною мірою це пов'язано очевидно з тим, що в нових економічних умовах у значної частини населення зникла необхідність одержувати листки тимчасової непрацездатності. Пік захворюваності органів дихання припав на пандемію COVID-19 (2020-2022 рр.).

Збільшення арсеналу терапевтичних засобів не призводить до суттєвого покращення ситуації щодо респіраторної захворюваності. Спостерігається швидкий розвиток толерантності різних збудників до існуючих антибактеріальних засобів, алергія та інші побічні ефекти при застосуванні цих препаратів.

Точна та своєчасна діагностика – запорука ефективного лікування та профілактики. Тому важливо знати і володіти сучасними методами діагностики. Захворювання органів дихання супроводжується порушенням функції зовнішнього дихання та іншими лабораторно-інструментальними змінами. Захворювання легень займають великий відсоток від загальної кількості захворювань. Насамперед це пов'язано з тим, що за останні десятиріччя значно зросла кількість неспецифічних захворювань легень, питома вага яких у структурі причин звернення за медичною допомогою становить понад 60 %. Бронхо-легеневі захворювання займають 3-4 місце серед причин смерті.

Значною проблемою є збільшення кількості хворих на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ). Захворюваність на ці захворювання

зростає, за результатами популяційних епідеміологічних досліджень захворюваність на АД у більшості країн коливається від 2 до 11% [6].

Мета дослідження полягає в аналізі стратегічних напрямків роботи Центрів громадського здоров'я щодо профілактики органів дихання.

Матеріали та методи:

- медико-соціологічний – для дослідження рівня надання послуг щодо профілактики **захворювань дихальної системи**;

- медико-статистичний – для статистичної обробки отриманих результатів медико-соціологічного дослідження, визначення їх статистичної достовірності.

Результати дослідження. Із прийняттям Закону про громадське здоров'я, ухваленим у вересні 2022 року, Центри громадського здоров'я було визначено як провідну експертну установу у царині громадського здоров'я в Україні, яка опікується численними питаннями з громадського здоров'я, а також в інших сферах [4]. Центри громадського здоров'я створено для підтримки модернізації та розвитку стійкої системи громадського здоров'я в Україні для ефективного попередження та контролю захворювань відповідно до законодавства, вимог та практик ЄС.

Стратегічні напрямки роботи Центрів громадського здоров'я щодо профілактики органів дихання полягають у збереженні і зміцненні здоров'я мешканців, збільшення тривалості та покращення якості життя жінок і чоловіків та їх вікових і соціальних груп; профілактика і попередження захворювань органів дихання, заохочення до здорового способу життя. Гарантування доступності та раціонального використання в державі ефективних та безпечних лікарських засобів належної якості, та забезпечення доступу населення України до якісних послуг охорони здоров'я.

Діяльність Центрів громадського здоров'я орієнтується на провідні національні документи та міжнародний досвід, включаючи стратегічні документи керівництва ВООЗ, Європейського Союзу, а також найкращі практики країн ЄС, Великої Британії, США та інших країн.

За даними Індексу людського капіталу 2020 року, Україна посідає 53 позицію зі 174 країн світу [8]. Середня тривалість життя українців становить 76 років для жінок і 66 років для чоловіків (2020 р.), що є одним із найнижчих показників у Європі. Разом із країнами-сусідами Україна належить до країн із старінням суспільства та високою смертністю. Основними причинами передчасної смертності в Україні є неінфекційні захворювання (НІЗ) – на них припадає шість із десяти основних причин смертності, дев'ять із десяти основних причин передчасної смерті та 84% усіх щорічних смертей. Найбільшу питому вагу в смертності від неінфекційних захворювань становлять хвороби системи кровообігу (60%) та рак (10,5%).

Тягар захворювань в Україні є досить високим, а кількість років життя з поправкою на інвалідність (DALY) переважно висока. Переважну більшість DALY в Україні становлять неінфекційні захворювання.

Україна також характеризується високими показниками втрачених років здорового життя через хвороби, інвалідність та смерть.

П'ять основних причин DALY в Україні (2019) – ішемічна хвороба серця, інсульт, біль у попереку, цироз печінки та самоушкодження. Дослідження STEPS6, проведене у 2019 році, показало дуже високу поширеність неінфекційних захворювань і пов'язаних з ними поведінкових і біологічних факторів ризику в Україні. За даними цього дослідження, поширеність вживання тютюну становить 49% серед чоловіків і 14% серед жінок у популяції старше 15 років, 33,9% населення віком 18–69 років в Україні були активними курцями тютюну. Половина (50,3%) усіх чоловіків і кожна шоста (16,7%) жінка повідомили, що курили протягом останніх 30 днів. Це один із найвищих показників, зареєстрованих серед країн, де нещодавно проводилося опитування STEPS, і вказує на збільшення цього показник порівняно з попередніми дослідженнями в Україні. Нові тютюнові вироби, такі як системи підігріву тютюну та електронні сигарети, стали все частіше використовуватися, особливо серед молоді, як і водопровідна трубка, якою користуються 18,7% населення віком 18–29 років. Споживання алкоголю становить 22,0 і 7,2 літра на людину на рік серед чоловіків і жінок відповідно. Було виявлено, що його використання було частим і рівні були високими. Дві третини чоловіків і майже половина жінок повідомили, що вживали алкоголь протягом останніх 30 днів, причому кожен п'ятий (19,7%) випив шість або більше напоїв за один епізод алкогольного сп'яніння (часове вживання алкоголю). Крім того, згідно з останніми дослідженнями⁷, вживання алкоголю серед підлітків також є дуже поширеним, що викликає особливе занепокоєння. Здорове харчування та фізична активність є важливими факторами боротьби з неінфекційними захворюваннями. ВООЗ рекомендує вживати не менше п'яти порцій (еквівалентно 400 г) фруктів і овочів щодня. В Україні тільки 33,6% населення дотримується рекомендацій щодо здорового харчування (26,8% чоловіків і 40,6% жінок). Дослідження також виявило високий рівень споживання солі – середнє споживання солі становило 12,6 г на день, що більш ніж вдвічі перевищує рекомендований рівень 5 г на день, і лише 13% населення споживали менше 5 г солі на день. Близько 90% українців мають достатній рівень фізичної активності відповідно до рекомендацій ВООЗ, однак захворюваність на надмірну вагу (індекс маси > 25) в Україні у 2019 році є однією з найвищих серед країн Східної Європи та Центральної Азії – 59,0 %, а рівень ожиріння (індекс маси > 30) вражає майже чверть населення (24,8 %). На момент дослідження жінки частіше, ніж чоловіки, страждали від ожиріння (29,8% проти 20,1%) [3].

В аспекті загальноукраїнських стратегій щодо збереження здоров'я розглянемо стратегічні напрямки роботи Центрів громадського здоров'я щодо профілактики органів дихання в Україні.

Основне завдання Центру – подовження тривалості життя населення за рахунок профілактики найпоширеніших і найнебезпечніших захворювань.

Наприклад, ми звикли епідеміологію пов'язувати лише з інфекцією, а ось напрямок епідеміології неінфекційних захворювань у нас абсолютно не розвинутий. При цьому 86% випадків смертності спричиняють серцево-судинні

захворювання, цукровий діабет, онкопатології та респіраторні захворювання, трохи менше – травматизм та інфекційні хвороби. Наприклад, Центр громадського здоров'я Житомирщини об'єднав кілька закладів. Його основою став Центр здоров'я, головним завданням якого було розповсюдження інформаційних матеріалів щодо профілактики захворювань. Слід зізнатися: заходи та методи, що застосовували раніше, були не надто ефективними, тому нині змінено підхід до цієї роботи.

Зокрема, використовується офіційна інформація, розповсюджується вона за допомогою тих засобів, які наразі стали доступними завдяки повсюдному впровадженню інтернету та поширенню соціальних мереж тощо. Таким чином, інформується населення щодо профілактики захворювань органів дихання. Наприклад:

Чисте та свіже повітря – запорука здоров'я органів дихання. До дихальних шляхів звичайного міського жителя за добу потрапляє близько 20 трильйонів частинок сторонніх речовин (токсинів). Щодня провітрюйте приміщення та робіть вологе прибирання. Розведення кімнатних рослин у приміщенні сприяють насиченню повітря киснем та очищенню від мікроорганізмів.

Як профілактика простудних захворювань проводять *інгаляції*. Інгаляція – це вдихання гарячої пари, насиченої легко випарюваними ефірними маслами трав, які чинять знезаражуючу, ранозагоювальну, протизапальну дію на дихальні шляхи. Такі процедури сприятливо позначаються здоров'ї.

Правильне дихання. Єдино правильним та природним диханням є дихання через ніс. Повітря, надходячи через носову порожнину, як нагрівається, а й очищається від частинок пилу і шкідливих мікроорганізмів, знезаражується.

Дихальна гімнастика. Як профілактика захворювань органів дихання бажано щодня робити дихальні вправи. Такими оздоровчими дихальними методиками користувалися ще 5000 років тому. Сьогодні ви можете з ними ознайомитись на заняттях йоги та бодіфлексу.

Здоровий спосіб життя. Правильне, повноцінне, вітамінізоване харчування, регулярне загартовування, відмова від куріння є основою здоров'я всього вашого організму.

До складу новоствореного Центру громадського здоров'я у Житомирській області також увійшов колишній Обласний інформаційно-аналітичний центр медичної статистики. На жаль, інформаційні системи не лише в Житомирській області, а й в усій країні поки що не інтегровані в єдину систему. Тому статистична звітність існує паралельно, тобто звіти не пов'язані між собою, відповідно, немає цілісного бачення картини та можливості порівнювати дані. Тож впровадження єдиної інформаційної системи – головне завдання цього напрямку роботи.

Другий момент – встановлення інформаційних систем, які працюють у режимі онлайн, що дуже важливо для виявлення й нейтралізації вогнищ захворювання. Узагалі ж Центр статистики як основна складова Центру громадського здоров'я має багато завдань, і вони дуже складні, бо нові для цієї

структури. Так, збираються статистичні дані, але важливо їх ще й якісно опрацювати, розробити план заходів, оцінити результат. Причому, це має бути замкнений цикл, котрий допоможе надавати якісну послугу, яку можна назвати медичним аудитом, а вже на підставі цих даних відповідні установи чи органи прийматимуть необхідні рішення [2].

Визначено, що найбільш успішним та економічно ефективним заходів у сфері громадського здоров'я є імунопрофілактика.

Стратегічною метою Центрів громадського здоров'я щодо профілактики органів дихання є необхідність забезпечення зниження рівня захворювання хворобами, яких можна уникнути шляхом проведення імунопрофілактичних заходів, смертності та інвалідності в результаті хвороб органів дихання з використанням якісних, безпечних продуктів харчування і технологій, які можуть бути доступними всім верствам населення [9].

Для реалізації даної стратегії необхідно:

1. запровадження необхідного фінансування заходів з імунопрофілактики відповідно до результатів проведеного аналізу з наслідків недостатнього рівня охоплення населення щепленнями, а також розробка економічних прогнозів для сфери охорони здоров'я та економіки країни в цілому;

2. формування порядку визначення потреби в вакцинах та медичних виробках, які необхідні для профілактичних щеплень, і виконання визначених планів заходів з проведення профілактичних щеплень;

3. покращення ефективності системи закупівель медичних імунобіологічних препаратів і медичних виробів, які потрібні для профілактичних щеплень, завдяки проведенню щорічного аналізу даної системи закупівель;

4. проведення заходів з імунопрофілактики в частині охоплення окремих цільових груп населення, які є не вакцинованими в повному обсязі відповідно до графіку профілактичних щеплень;

5. забезпечення фінансування медичних імунобіологічних препаратів за рахунок коштів державного бюджету, зокрема тих, які призначені для проведення екстреного лікування інфекційних хвороб, що відповідають високому рівню летальних випадків (дифтерія, сказ, правець, ботулізм, туляремія) та їх профілактики, що супроводжуються високим рівнем летальності;

6. упорядкування вітчизняних нормативно-правових актів з метою їх гармонізації з нормами міжнародного права, які регулюють питання імунопрофілактики;

7. визначення порядку проведення координації і співпраці центральних органів виконавчої влади, закладів сфери охорони здоров'я, професійних об'єднань громадян та представників громадянськості, залучених до проведення заходів з імунопрофілактики;

8. спрощення процедур державної реєстрації і ввезення на територію України лікарських засобів і препаратів, включених до переліку засобів з попередження загрози виникнення епідемій інфекційних хвороб і отруєнь,

зادля оптимізації конкуренції на національному ринку медичних імунобіологічних препаратів через розширення їх асортименту;

9. внесення змін до нормативно-правових актів щодо проведення процедури реєстрації (перереєстрації) медичних імунобіологічних препаратів (вакцин/сироваток);

10. впорядкування порядку проведення процедур виявлення, реєстрації, повідомлення, ведення постійного обліку, звітності, вивчення випадків несприятливих подій після проведення імунізації і встановлення причинно-наслідкових зв'язків між подіями, що призвели до захворювання та медичним імунобіологічним препаратом, який застосовувався.

Реалізація даної стратегії Центрів громадського здоров'я спрямована на досягнення наступних результатів:

1. охоплення процесами вакцинації трьох доз адсорбованої коклюшнодифтерійно-правцевої вакцини в межах не менше 95 % громадян на загальнодержавному рівні, зокрема на обласному рівні – 90 відсотків;

2. дотримання в межах не менше 80 % цільових груп громадян, які не імунізувалися в 2008—2016 роках, однією дозою вакцини проти дифтерії, краснухи, правця, кору та епідемічного паротиту відповідно до вікової категорії через здійснення допоміжних заходів з імунопрофілактики (турова імунізація, національні дні імунізації або форсована планова імунізація);

3. забезпечити охоплення вакцинацією трьома дозами поліомієлітної вакцини не менше 95 % громадян; забезпечити відсутність випадків передачі дикого та циркулюючого вакциноспорідненого вірусу поліомієліту;

4. сприяти перериванню більше ніж на 12 місяців передавання ендемічних вірусів кору і краснухи;

5. вакцинування першою дозою вакцини проти гепатиту В (в перші 24 години після народження) 95 % громадян;

6. забезпечення МОЗ фінансування заходів щодо імунопрофілактики у відповідні терміни профілактичних щеплень;

7. сприяти відсутності перебоїв в поставках і формуваннях необхідних потреб у якісних та безпечних вакцинах та медичних засобах для профілактичних щеплень в усіх адміністративно-територіальних одиницях [7].

Висновки. Традиційно в Україні галузь охорони здоров'я орієнтується на лікування захворювань, а не на їх попередження. Більшість ресурсів спрямовані на лікування хвороби, і лише невелика їх частина передбачає збереження здоров'я. Одним з основних завдань Центрів громадського здоров'я є переорієнтація від політики лікування до політики зміцнення та збереження здоров'я і попередження захворювань.

Центр має доступ до медичної статистичної інформації, здійснює обробку баз даних, готує науково обґрунтовані рішення та аналітику у сфері громадського здоров'я.

Діяльність Центрів громадського здоров'я спрямована на досягнення таких цілей: виявлення факторів розвитку захворювань органів дихання серед населення; формування груп із високим ризиком розвитку захворювань органів

дихання серед населення і при необхідності направлення їх до відповідних фахівців; проведення профілактичних заходів щодо зниження рівня захворювань органів дихання; проведення масових акцій, спрямованих на формування здорового способу життя та профілактику захворювань органів дихання.

Література

1. Гребняк М. П., Таранов В. В., Федорченко Р. А. Сучасна динаміка здоров'я населення України у глобальному вимірі. *Довкілля та здоров'я*. 2018. № 3 (88). С. 27-33. URL: <http://www.dovkil-zdorov.kiev.ua/env/88-0027.pdf>.
2. Департамент охорони здоров'я Житомирської обласної державної адміністрації. 2018. URL: <http://surl.li/ndzsf>
3. Дослідження Steps виявило дуже високу поширеність факторів ризику неінфекційних захворювань в Україні. 2021. URL: <https://www.phc.org.ua/news/doslidzhennya-steps-viyavilo-duzhe-visoku-poshirenist-faktoriv-riziku-neinfekciynikh>.
4. Закон про громадське здоров'я. 2022. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2573-20#Text>.
5. Кисельов С.М., Лашкул Д.А., Бідзія П.П., Назаренко О.В., Богослав Т.В., Земляний Я.В., Солов'юк А.О., Бондаренко О.П., Гура Е.Ю., Капшитар Н.І., Аравіцький Є.О. Основи діагностики, лікування та профілактики основних хвороб органів дихання. 2021. URL: <http://surl.li/ndzrm>
6. Міністерство охорони здоров'я України. МОЗ України що було, є і буде [Інтернет]. Київ: Міністерство охорони здоров'я України. 1 серпня 2019 року. URL: <https://moz.gov.ua/moz-ukrainy-scho-bylo-e-i-bude>.
7. Побудова нової системи громадського здоров'я в Україні. 2016. URL: <https://moz.gov.ua/article/news/pobudova-novoi-sistemi-gromadskogo-zdorovja-v-ukraini>.
8. ПРОЄКТ 23 лютого 2022 року. Фіналізований та погоджений членами Міжсекторальної робочої групи з питань розробки Стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року. 2022. URL: <https://moz.gov.ua/uploads/ckeditor/%D0%A1%D1%82%D1%80%D0%B0%D1%82%D0%B5%D0%B3%D1%96%D1%8F/UKR%20Health%20Strategy%20Feb%2024.2022.pdf>.
9. Фадєєнко Г.Д. Основні стратегії профілактики неінфекційних захворювань в Україні. 2017. URL: <https://rpht.com.ua/ua/archive/2017/2%2843%29/pages-5-8/osnovni-strategiyi-profilaktiki-neinfekciynih-zahvoryuvan-v-ukrayini>

РОЛЬ СПІЛКУВАННЯ ТА НАВЧАННЯ У ПРОФЕСІЙНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ-МАГІСТРА

Панасюк О. В.

Кременецький медичний фаховий коледж імені Арсена Річинського

Ключові слова: сестринська справа, спілкування, навчання, пацієнт, самогляд, медсестринська педагогіка, медсестринський догляд, медсестринські моделі, комунікація, медична етика, деонтологія.

Актуальність проблеми. В процесі формування сестринська справа постійно зазнавала багатьох змін та удосконалень. Але всі вони мали на меті одне – допомогти хворій людині нормалізувати фізичний і психічний стан, тобто відновити здоров'я пацієнта, створити оптимальні умови для його збереження.

Одна із головних цілей реформування охорони здоров'я сьогодення – це зближення медсестринського персоналу та пацієнта, розвиток партнерських стосунків між ними, фокусування уваги на проблемах особи загалом, а не тільки хворої людини.

Однією з функцій сестринської справи є навчання пацієнтів або їхніх рідних із питань здоров'я. Медична сестра при цьому повинна мати необхідні комунікативні навички, педагогічний такт, знати теоретичні основи педагогіки, психології й інших суміжних дисциплін.

Мета статті полягає в обґрунтуванні ролі тісної співпраці медичної сестри з пацієнтами, їх сім'ями та залучення їх до участі в одужанні пацієнтів.

Матеріали та методи. Сучасні дослідники медсестринства в своїх теоріях звертають особливу увагу на те, що медична сестра повинна допомагати пацієнту самостійно розв'язувати проблеми, що виникли в результаті хвороби, навчити його відновлювати здоров'я та вміти зберігати його у майбутньому, тобто чільне місце в роботі медичної сестри відводиться саме медсестринській педагогіці.

Навчання в сестринській справі — це організований медичною сестрою процес для вирішення проблем пацієнта, пов'язаних із дефіцитом знань, умінь.

Завданнями навчання в сестринській справі є: підготовка пацієнтів до самогляду з метою задовольнити порушені потреби; розвинути в них інтерес до підвищення якості життя, поліпшення стану здоров'я або адаптації до зміненого стану.

Змістом навчання пацієнта і його рідних елементам сестринського догляду є підтримка певного рівня його здоров'я, що забезпечить гідне життя в нових для пацієнта умовах, пов'язаних із захворюванням. Особливого значення набувають сформовані за допомогою медичної сестри й усіх, хто бере участь у процесі навчання, уміння й навички для відновлення втрачених функцій організму, створення умов для гармонії особистості з навколишнім середовищем.

Актуальною в даному контексті є модель медсестринства Дороти Орем, яка звертає увагу на питання навчання пацієнта навичкам самоогляду. Авторка зазначає, що доросла людина повинна розраховувати на себе та нести певну відповідальність за членів своєї родини.

Медсестринський догляд і медична допомога повинні зробити більше, ніж просто лікувати з метою полегшення страждань. Вони повинні давати можливість пацієнту учитися, розширяти свої знання з тим, щоб він міг сам регулювати власне здоров'я. Мета медсестринської педагогіки полягає в тому, щоб краще озброїти пацієнтів знаннями, необхідними для прийняття правильних рішень з питань, що стосуються їх здоров'я та благополуччя.

Навчання пацієнта має починатися з виявлення та обговорення його проблем. Потім медична сестра переходить до планування разом з пацієнтом відповідних заходів, направлених на задоволення цих проблем. Хоча основний час своєї роботи медична сестра присвячує проведенню персонального навчання пацієнта та членів його сім'ї, у неї є можливість проводити роботу в групах пацієнтів з однаковими проблемами. І робиться це з метою, щоб пацієнт знову, як можна скоріше, придбав незалежність. Чим скоріше хворий зможе про себе піклуватися, спостерігати за станом свого здоров'я, і навіть виконувати призначення лікаря, тим краще.

Для полегшення пацієнту оволодінням знаннями і навичками самоогляду медична сестра повинна використовувати стандартні плани або, при необхідності, власноруч складені індивідуальні плани навчання. Їх застосування документується в протокол проведення первинної та поточної оцінки стану пацієнта.

Проводячи навчання пацієнтів або членів їх родини, медичній сестрі необхідно пам'ятати, що:

- засвоєння знань – це зміна поведінки внаслідок одержаного досвіду. Шляхи засвоєння знань різними людьми різні;
- люди засвоюють знання з різною швидкістю;
- активізуючи органи чуттів слухачів (зір, слух, дотик), а також залучаючи їх до роботи, ви прискорюєте цей процес;
- минулий досвід слухачів може бути корисним при засвоєнні знань або може ускладнювати їх сприйняття.

Не існує універсального рецепту для успішного навчання. Досвідчені медичні сестри завжди виробляють свої власні методи, базуючись на тому, що їм найкраще вдається та є найбільш результативним. Власна методика удосконалюється з кожним наступним проведенням заняттям. Зміст заняття може залишатися незмінним, але методи викладання, техніка навчання навичкам догляду та самоогляду будуть послідовно покращуватись.

При проведенні занять з пацієнтами варто використовувати найрізноманітніші методи викладання. Це спосіб і манера спілкування з людьми, висвітлення певних подій та фактів, які спрямовані на досягнення відповідної мети в конкретній ситуації.

Медична сестра перебуває в прямому контакті з пацієнтом значно більше часу, ніж лікар. Традиційна підготовка медичних сестер донедавна концентрувалася передусім на технічній стороні догляду за хворими. Зрозуміло, що цим не можна нехтувати. Однак недооцінка психологічного підходу медичних сестер до пацієнтів часто призводить до того, що вони висловлюють невдоволення, незважаючи на те, що з фізичної точки зору догляд за ними був правильним. З іншого боку, в розвитку взаємин між медичною сестрою і пацієнтом іноді виникає небезпека недотримання необхідної дистанції. Медична сестра має проявити розуміння проблем пацієнта, але не повинна прагнути вирішувати ці проблеми.

До важливих питань медичної етики належить етика стосунків медичних сестер і рідних та близьких пацієнта. Особливе навантаження на медичну сестру припадає в дні передач і відвідувань. Нетактовна поведінка медичного працівника може призвести до появи обґрунтованої скарги та до висновку, що культура і якість обслуговування в цьому відділенні або лікарні не на високому рівні. Думка рідних передається пацієнту, викликає у нього негативне ставлення та недовіру до персоналу й істотно відбивається на його нервово-психічному та соматичному стані. Бесіда медичної сестри з рідними пацієнта не повинна виходити за межі її компетенції.

Професія медичної сестри відноситься до типу професій «людина-людина», тому її провідна діяльність побудована на безпосередньому спілкуванні з пацієнтом. В неї повинен бути певний набір особистісних якостей таких як вміння співчувати, бути справедливою, любити людину, поважати її гідність. Мати такі етичні категорії, як обов'язок, совість, вмінням розуміти людей. Всі ці характеристики особистості медичної сестри ґрунтуються на знаннях у галузі психології. Без цих знань неможливо ефективно здійснювати процес догляду за пацієнтом.

Мета сестринського догляду полягає не тільки в тому, щоб надати комплекс лікувальних послуг, а й у безпосередньому спілкуванні з пацієнтом. Тому медична сестра повинна знати механізми спілкування з пацієнтом, тут на допомогу прийде знання основ психології спілкування. Нерідко виникає питання, чи потрібно взагалі займатися вивченням психології спілкування з пацієнтом, адже серед медичних сестер трапляються дійсні майстри своєї справи, хоча вони і не вивчали ніколи психології. Дійсно, серед медичних сестер є вроджені психологи, що стали ними головним чином інтуїтивно, завдяки своїм особистим морально-етичним якостям. Однак з цього аж ніяк не випливає, що для спілкування з хворими досить володіти тільки інтуїцією або досвідом. Крім цього, медичному працівникові потрібна ще й спеціальна підготовка.

Відомо, що професія медсестри має певні психологічні особливості. Медичний працівник не може догматично дотримуватися визначених постулатів і вказівок, не тільки з погляду на характер протікання захворювання, а й з погляду психологічних та інших факторів і причин його виникнення.

Перед медсестрою щораз виникає багато нетипових завдань, для рішення яких необхідне самостійне мислення й уміння передбачати наслідки своїх дій.

Психологізація праці медичних працівників пов'язана також з індивідуальними особливостями як пацієнтів, так і медсестри, з її особистими якостями, досвідом, авторитетом. Ті самі прийоми деонтологічного впливу, що ефективні в одного медичного працівника, можуть бути зовсім неприйнятні або малоприйнятні для іншого. У цьому й полягає один з найважливіших психологічних аспектів діяльності медсестри. Насправді на цю працю здатний не кожний, тому при виборі професії медсестри важлива професійна орієнтація.

Основні комунікативні вміння та навички, які необхідні в практичній діяльності медичної сестри:

- ✓ вміння проводити бесіду з пацієнтом;
- ✓ керувати своїми психічними станами і переборювати психологічні бар'єри;
- ✓ проникати у внутрішній світ пацієнта;
- ✓ проявляти співчуття (емпатію) пацієнтові щодо його захворювання;
- ✓ вислухати і дати пораду пацієнту;
- ✓ аналізувати усі компоненти своєї діяльності і себе як особистість та індивідуальність.
- ✓ достатнє розуміння індивідуально-психологічних особливостей пацієнтів і вміння їх враховувати;

Результати дослідження. Вивчення психологічних основ медичного спілкування полягають у тому, щоб уміти переборювати труднощі, а саме: пізнати пацієнта і себе, скласти психологічний портрет пацієнта, вміння психологічно грамотно спілкуватися та ін. Медсестра повинна володіти позитивною установкою до особистості пацієнта, визнання його цінності без упереджень, зайвої критичності.

Вона повинна вміти грати як актор, причому не тільки ззовні. Вираз обличчя має бути доброзичливий не лише для того, щоб настроїтися на хороший лад, а й змінювати прийоми поведінки. Тому не можна ходити перед пацієнтами з похмурим, нудьгуючим обличчям навіть тоді, коли настрої погані. Якщо ж все-таки погані настрої не покидає вас, слід змусити себе посміхнутися, утримати кілька хвилин посмішку і подумати про щось приємне.

Крім того, що медсестра має володіти своїм внутрішнім станом, вона повинна вміти контролювати своє тіло, яке виразно відбиває думки, почуття. Елементами зовнішньої техніки є вербальні (мовні) та невербальні засоби. Саме через них виявляються наміри, саме їх «читають» і розуміють пацієнти.

Висновки. Отже, особистість медичної сестри, стиль і методи її роботи, вміння впливати на пацієнтів і поводитися з ними є важливим елементом не тільки лікувального процесу, а й психологічного спілкування медичного працівника і хворого. Медична сестра, виконуючи роль педагога-вихователя, завжди повинна пам'ятати про невід'ємні елементи сестринської справи — медичну етику, деонтологію і сестринську філософію; відрізнитися культурою

спілкування і високим творчим потенціалом. Таким чином медична сестра, крім догляду за пацієнтом, виконує роль провідника до здоров'я та здорового способу життя, допомагає набутти йому впевненості у власних силах, зберігаючи при цьому власний психологічний баланс.

Література

1. Губенко І.Я., Шевченко О.Т., Бразалій Л.П., Апшай В.Г. Медсестринський догляд за пацієнтом. К.: Здоров'я, 2000. С. 248.
2. Губенко І.Я., Шевченко О.Т., Бразалій Л.П., Апшай В.Г. Медсестринський процес: Основи сестринської справи та клінічного медсестринства. К.: Здоров'я, 2001. С. 208.
3. Губенко І.Я., Бразалій Л.П., Шевченко О.Т. До питання поєднання медсестринської освіти та практики на основі запровадження медсестринського процесу. *Медична освіта*. 2007. № 4.
4. Медсестринство: Модуль 3. Медсестринський процес. Громадський коледж імені Грента Мак Юена, 1998. С. 84.
5. Лісовий В.М., Ольховська Л.П., Капустник В.А. Основи медсестринства. К.: Медицина, 2013. С. 792.
6. Пасечко Н.В. Основи сестринської справи (курс лекцій). Тернопіль: Укрмедкнига, 1999. С. 496.
7. Про затвердження «Програми розвитку медсестринства України на 2005 – 2010 рр.» // Наказ МОЗ України № 585 від 08.11 2005.
8. Шевченко О. Т. Психологія кризових станів: Навчальний посібник. К.: Здоров'я, 2005. С. 120.
9. Філоненко М.М. Психологія спілкування. Підручник. К.: Центр учбової літератури, 2008. С. 224.

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ АДАПТАЦІЇ КОМПЕТЕНЦІЙ ФАХІВЦІВ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ ДО ЄВРОПЕЙСЬКОЇ РАМКИ КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ ДЛЯ ПРАЦІВНИКІВ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Слабкий Г.О., Миронюк І. С.,

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Рябінчук М. В.

Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України

Ключові слова: громадське здоров'я, фахівці, компетенції, європейська рамка, адаптація.

Актуальність проблеми. В Україні активно розвивається система громадського здоров'я. 6 вересня 2022 року Верховна Рада України прийняла Закон України «Про систему громадського здоров'я» № 2573-ІХ [1] що дає можливість активного формування системи громадського здоров'я на всіх рівнях управління. З метою підготовки фахівців для системи громадського здоров'я МОН України затверджено Стандарти вищої освіти за спеціальністю 229 «Громадське здоров'я» для першого (бакалаврського) та другого (магістерського) рівнів вищої освіти [2,3]. Даними стандартами затверджено компетенції фахівців громадського здоров'я. Підготовка фахівців за спеціальністю «Громадське здоров'я» передбачає формування нової генерації професіоналів для органів державного управління, місцевого самоврядування, суб'єктів господарювання різних форм власності, у т. ч. недержавних організацій у сфері громадського здоров'я, які б сприяли удосконаленню та впровадженню державної політики, спрямованої на вирішення проблем, пов'язаних із погіршенням медико-демографічної ситуації в країні, нерівністю доступу до здоров'язберігаючих та здоров'яформуючих технологій та послуг, незадоволенням значної частини громадян станом медичної допомоги та захистом прав пацієнтів, необхідністю розвитку міжгалузевої та міжсекторальної співпраці з охорони громадського здоров'я в Україні за загальнонаціональним принципом «охорона здоров'я в усіх політиках держави» [4].

В Європейському регіоні існує рамка компетентностей для працівників громадського здоров'я в Європейському регіоні, яка розроблена ВООЗ та ASPHER [5].

Мета дослідження. Провести аналітичне порівняння компетенцій працівників сфери громадського здоров'я Європейського союзу та України.

Матеріали та методи. Матеріали: дані наукової літератури, нормативно-правові акти із визначення компетенцій фахівців громадського здоров'я. *Методи:* бібліосемантичний, структурно-логічного аналізу.

Результати дослідження. Проведений аналіз показав, що Рамка компетентностей для працівників громадського здоров'я в Європейському регіоні визначає наступні категорії компетентності: зміст та контекст (наука і

практика, промоція здоров'я, законодавство, політика та етичні аспекти, єдине здоров'я та єдина безпека), зв'язки та взаємодія (комунікація, культура та адвокація, співпраця та партнерство, лідерство та системне мислення), ефективність та досягнення (урядування та управління ресурсами, професійний розвиток та усвідомлене дотримання етичних норм, організаційна грамотність та мислення).

Кожна категорія компетентності працівників громадського здоров'я наповнена певними індикаторами. Крім того рівень набуття компетенціями залежить від рівня кваліфікації: *експерт* - високий рівень експертної кваліфікації як «в ширину», так і «в глибину»; він визначає стратегічні напрямки; виконує керівні обов'язки та можливість самостійних дій; *спеціаліст* - незалежність та відповідальність при координуванні роботи, що відображає ширшу та глибшу експертну кваліфікацію у власному напрямку роботи; *компетентний рівень* - незалежність в зазначених напрямках та/або роботі під керівництвом.



Рис. Європейська модель компетенцій для сфери працівників громадського здоров'я

Кожна категорія компетентності працівників громадського здоров'я наповнена певними індикаторами. Крім того рівень набуття компетенціями залежить від рівня кваліфікації: *експерт* - високий рівень експертної

кваліфікації як «в ширину», так і «в глибину»; він визначає стратегічні напрямки; виконує керівні обов'язки та можливість самостійних дій; *спеціаліст* - незалежність та відповідальність при координуванні роботи, що відображає ширшу та глибшу експертну кваліфікацію у власному напрямку роботи; *компетентний рівень* - незалежність в зазначених напрямках та/або роботі під керівництвом.

Європейська Рамка компетенцій для працівників громадського здоров'я в своєму складі включає 90 компетенцій.

В Україні компетенції розділені на дві групи: загальні та спеціальні (фахові) компетентності.

Стандартом вищої освіти за спеціальністю 229 «Громадське здоров'я» для першого (бакалаврського) рівня визначено 10 загальних та 13 фахових компетенцій, а та другого (магістерського) рівнів освіти визначено 14 загальних та 14 фахових компетенцій.

Крім того проведений аналіз вказав на різні організаційно-навчальні підходи та шляхи набуття працівниками сфери громадського здоров'я в країнах Європейського союзу та Україні необхідних компетенцій.

Висновки. Враховуючи процес підготовки України до вступу до Євросоюзу необхідно провести роботу із інтеграції компетенцій фахівців громадського здоров'я України до Європейської Рамки компетенцій для працівників громадського здоров'я.

Література

1. Про систему громадського здоров'я: Закон України від 6 вересня 2022 року № 2573-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2573-20#Text>.
2. Стандарт вищої освіти України за спеціальністю 229 «Громадське здоров'я» для першого (бакалаврського) рівня вищої освіти. URL: <https://mon.gov.ua/storage/app/media/vishcha-osvita/zatverdzeni%20standarty/2020/08/05/229-Hromad.zdorovya-bakalavr-VO.18.01.pdf>
3. Стандарт вищої освіти України за спеціальністю 229 «Громадське здоров'я» для другого (магістерського) рівня вищої освіти. URL: <https://mon.gov.ua/storage/app/media/vishcha-osvita/zatverdzeni%20standarty/12/21/229-gromadske-zdorovya-magistr.pdf>
4. Миронюк І.С., Слабкий Г.О., Білак-Лук'янчук В.Й., Кручаниця В.В. Готуємо магістрів громадського здоров'я. *Сучасні медичні технології*. 2020. Vol. 45, No 2). P. 32–39.
5. Перелік основних компетенцій фахівців громадського здоров'я Асоціації учбових закладів громадського здоров'я в Європейському регіоні (ASPHER). Видання 5-те. URL: <http://www.aspher.org/>

ОСНОВНІ ЗАСАДИ ПРОФІЛАКТИКИ МЕЛАНОМИ ШКІРИ В СИСТЕМІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Сокирко Т.І.

Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради

Ключові слова: меланома шкіри, фактори ризику, скринінг, рання діагностика, профілактика, система громадського здоров'я.

Актуальність проблеми. Меланома – специфічне злоякісне шкірне пухлинне утворення, яке має високу схильність до рецидивування та високий метастатичний потенціал. Щороку в Україні діагностується понад дві тисячі нових випадків меланоми шкіри і приблизно 900 осіб помирає від метастазування меланоми (з них майже половина – вперше виявлені хворі); майже у 20,0% хворих меланома діагностується на четвертій стадії, п'ятирічне виживання становить всього 47,0%, статистика меланоми *in situ* не публікується через відсутність скринінгу [4].

Для успішної профілактики та ранньої діагностики злоякісних меланоцитарних новоутворень шкіри важлива обізнаність населення щодо їх чинників ризику та зовнішніх ознак, а також обов'язковий моніторинг зовнішніх змін, раннє звернення до фахівців.

В Україні проблема меланоми і раку шкіри залишається актуальною і вимагає підвищення рівня раннього виявлення, комплексного вирішення питань діагностики, лікування та профілактики цієї групи злоякісних новоутворень і розробки освітніх програм для населення країни.

Мета дослідження. На основі даних наукової літератури дослідити сучасні аспекти профілактичної діяльності стосовно меланоми шкіри та ролі системи громадського здоров'я у вирішенні даної проблеми.

Матеріали та методи. Наукові публікації з проблеми профілактики меланоми та раку шкіри. Методи дослідження: бібліосемантичний, системного аналізу.

Результати дослідження. Факторами помірного ризику раку шкіри вважаються наступні:

- систематичне інтенсивне опромінення УФ-променями;
- систематичне відвідування соляріїв у віці до 30 років;
- надмірне опромінення сонячними променями в дитинстві та підлітковому віці;
- світлі шкірні покриви;
- географічне місце розташування;
- імуносупресія (пригнічення імунітету).

Факторами високого ризику вважають:

- наявність на шкірі більш ніж 8 неvusів діаметром > 6 мм.
- зовнішні зміни неvуса;
- синдром диспластичних неvusів та рак шкіри в сімейному анамнезі;

- гігантський невус з народження > 150 мм.
- пігментована ксеродерма [2].

Встановлено, що на радикальність та ефективність лікування меланоми суттєво впливає її своєчасна діагностика та виявлення в ранніх стадіях. Так, при діагностиці в ранніх стадіях з товщиною утворення менше $0,75$ мм. та своєчасному якісному виконанні хірургічного втручання, можна досягти одужання хворих практично у $100,0\%$ випадків. Однак, в нашій країні у даному періоді розвитку меланома виявляється рідко, що ускладнює прогноз лікування хворих. Важливим чинником раннього виявлення меланоми та раку шкіри є організація та якісне проведення у ЗОЗ профілактичних медичних оглядів населення (працюючих у шкідливих умовах праці та декретованого населення: медпрацівників, освітян, працівників закладів харчування, тощо).

Головні завдання обстеження пацієнта: підтвердження діагнозу меланоми шкіри, раннє виявлення меланоми (при I рівні їх інвазії за Кларком та при їх товщині не більше $1,0$ мм за Бреслоу), визначення ступеню місцевого поширення меланоми [4].

Вважається, що профілактика раку шкіри полягає в своєчасній діагностиці та активному лікуванні передракових дерматозів, ознайомленні населення з небезпечними наслідками інсоляції та ефективними заходами щодо захисту шкіри від ультрафіолетового випромінювання (сонцезахисні одяг та засоби, дотримання режиму засмаги, обмеження перебування на сонці); інформуванні про необхідність постійного контролю ділянок з вродженими або набутими родимками, уникання їх механічного подразнення та травмування; ознайомленні з ранніми клінічними ознаками хвороби.

Актуальним є визначення громадського здоров'я, як постійного та системного процесу попередження та подолання захворювань, зміцнення здоров'я та благополуччя населення шляхом застосування аналітичних, організаційних та практичних заходів. Мова йде про мотивацію і забезпечення проведення обов'язкових медичних втручань та профілактичних заходів щодо пацієнтів з наявними факторами ризику розвитку окремих захворювань (онкологічних) [1].

Обласні, міські та районні Центри здоров'я здійснюють організаційно-методичну, координаційну та оперативну роботу з гігієнічного навчання та виховання населення, але до санітарно-освітньої роботи мають залучатись усі медичні працівники. Групове профілактичне консультування (школи здоров'я) проводиться Центрами здоров'я, кабінетами та окремими інструкторами-методистами із санітарної освіти із залученням ЗМІ, в тісній взаємодії з громадськими (опікунськими та наглядовими) радами при лікувально-профілактичних закладах, громадськими організаціями сприяння хворим [5].

Основні напрямки скринінгу та профілактики меланоми шкіри:

- Навчання та виховання санітарної культури населення щодо самоогляду шкіри та дотримання раціонального режиму засмаги (позбавлення надмірного УФО та сонячних опіків у літній період); врахування умов праці при перебуванні на відкритому повітрі; недопущення самолікування пігментних утворень; обов'язкові консультації спеціалістів.

— Фахове навчання медичних працівників (студентів, сімейних лікарів, хірургів, онкологів, дерматологів, косметологів, медичних сестер) та спеціалістів системи громадського здоров'я із застосуванням телекомунікаційних технологій.

— Рекламні заходи у ЗМІ, на веб-сторінках медичних центрів діагностики та лікування новоутворень шкіри, закладів громадського здоров'я; розвиток соціальних сторінок медичних брендів, реклами медичних послуг, організації Ярмарок та Днів здоров'я, шкіл пацієнта, тематичних круглих столів, зустрічей з громадськістю, використання тематичної рекламної продукції.

— Забезпечення діагностичною апаратурою (епілюмінесцентні та епіфлюоресцентні мікроскопи, цифрова дерматоскопія, телекомунікаційний зв'язок) для раннього виявлення диспластичних неvusів і поверхневих меланом.

— Використання населенням якісної сонцезахисної косметичної продукції (креми, помади, тощо) з протекторами ультрафіолетових променів.

— Виробництво одягу з матеріалів, імпрегнованих протекторами ультрафіолетових променів.

— Реальна та прозора статистична інформація про меланому та рак шкіри; її вплив на суспільну самосвідомість та зміну світогляду населення відносно дерматоонкологічних захворювань [4].

Висновки. Скринінг у формі самоогляду шкіри і рання діагностика меланоми пов'язані з санітарною освітою і навчанням населення та професійними знаннями медичного персоналу. В сучасних реаліях необхідні покращання обізнаності населення та рівня знань про меланому і рак шкіри, корекція поведінки, мотивація до збереження власного здоров'я в рамках проведення в системі громадського здоров'я профілактичних заходів щодо виявлення злоякісних пухлин шкіри.

Література

1. Булавінова К. О., Децик О. З., Ціхонь З. О. Роль комунікаційних стратегій у системі громадського здоров'я України. *Україна. Здоров'я нації*. 2018. № 3. С. 6-10.

2. Галайчук І. Й. Канцерогенний вплив ультрафіолетового опромінення на шкіру людини за умов мобільності населення. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2021. № 3 (89). С. 18-24.

3. Грузева Т. С., Калашникова Н. М. Особливості та тенденції захворюваності населення на злоякісні новоутворення шкіри. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2020. № 4. С. 5-12.

4. Гудзевич Л. С. Меланома: деякі сучасні аспекти розвитку та діагностики. *Актуальні питання географічних, біологічних та хімічних наук. Основні наукові проблеми та перспективи дослідження / Збірник наукових праць ВДПУ*. Вип. 16 (21). Вінниця, 2018. С. 73-77.

5. Якименко О. О. Стратегія санітарно-просвітницької роботи, як фактор впливу на громадське здоров'я. *Актуальні проблеми транспортної медицини: навколишнє середовище; професійне здоров'я; патологія*. 2019. №1. С. 21-28.

ПІДСИЛЮВАЛЬНА ТА АЛЬТЕРНАТИВНА КОМУНІКАЦІЯ: ДІТИ З РОЗЛАДАМИ АУТИЗМУ

Сопилук Д.С., Сабадош М.В., Урбан Н.М.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Ключові слова: діти з розладами спектру аутизму, комунікація, доповнювальні та альтернативні системи зв'язку.

Актуальність проблеми. Діти з розладами спектру аутизму можуть мати труднощі з розумінням або використанням усної мови. Деякі можуть мати затримку мови. Спілкування та мова іноді можуть бути важкими для них навіть після того, як вони пробували програми розвитку мови.

Таким чином, їм може знадобитися допомога, щоб розвинути усну мову, або вони можуть отримати користь від низки варіантів спілкування та розуміння спілкування, включаючи мову, жести або письмо. Саме в цьому випадку може допомогти підсилювальна та альтернативна комунікація [1].

Мета дослідження. Аналізувати ефективність підсилювальної та альтернативної комунікації у дітей з розладами аутистичного спектру.

Матеріали та методи. Матеріали: дані наукової літератури, які найбільше підходять для фахівців у сфері охорони здоров'я, включаючи терапевтів, корекційних педагогів, ерготерапевтів та логопедів. Методи: бібліосемантичний.

Результати дослідження. Доповнювальні та альтернативні системи зв'язку поєднують завдання, дії, об'єкти чи концепції з картинками чи жестами. Наприклад, яблуко поєднується зі знаком руки для яблука. Вимовлене слово для позначення завдання, дії, об'єкта чи поняття використовується одночасно з малюнком або знаком рукою. Існує два типи доповнювальних та альтернативних систем зв'язку – без допомоги та з підтримкою.

Автоматичні доповнювальні та альтернативні системи зв'язку не потребують жодного обладнання. Вони використовують жести та жести для підтримки мови або як основний спосіб спілкування. Наприклад, вони можуть використовувати знак ключового слова [2].

Допоміжні доповнювальні та альтернативні системи зв'язку можуть бути низькотехнологічними або високотехнологічними:

➤ низькотехнологічні системи використовують таке обладнання, як картки, дошки або книги з фотографіями чи зображеннями, які представляють завдання, дії чи об'єкти. Діти з РАС можуть навчитися використовувати ці інструменти, щоб розуміти, що говорять люди, запитувати те, що їм потрібно, коментувати та відповідати на запитання інших людей. Прикладами є комунікаційні системи обміну зображеннями (PECS) і візуальні розклади.

➤ до високотехнологічних систем відносяться пристрої генерування мови. Також є багато додатків, які допомагають дітям розвивати навички спілкування [1].

Підсилювальні та альтернативні системи спілкування можуть бути ефективним способом для дітей засвоїти та використовувати слова з раннього віку. Це пов'язано з тим, що діти запам'ятовують звуки мови та візуальне зображення предмета, зображення чи знака рукою, які поєднуються зі словом. Ймовірно, це допоможе дітям з РАС, які найкраще реагують на інформацію, подану візуально.

Доповнювальні й альтернативні системи спілкування також можуть покращити розуміння дітьми слів. Це пояснюється тим, що мова сама по собі може бути дуже швидкою, тоді як зоровий образ триває довше і часто залишається нерухомим, даючи дітям більше часу для розуміння інформації. Крім того, люди, як правило, сповільнюються, коли використовують візуальні посібники чи жести. Наприклад, вони сповільнюються, щоб пригадати певний знак рукою, знайти потрібну картинку, додати акцент або переконатися, що дитина побачила повідомлення повністю. Все це дає дітям більше часу для розуміння інформації та допомагає дітям уникнути перевантаження інформацією [2].

Висновки. Доповнювальні та альтернативні системи спілкування допомагають дитині повідомляти про свої потреби та бажання відповідним і позитивним способом. Оскільки ці системи покращують взаєморозуміння між батьками та дитиною, вони можуть зменшити тривогу та стрес.

Література

1. Cardon T. Technology and treatment of children with autism spectrum disorder (1st edn). *New York: Springer*. 2016. P. 87-96. DOI: 10.1007/978-3-319-20872-5.
2. Ganz J. Hong E. Gilliland W. Aided augmentative communication for individuals with autism spectrum disorders (1st edn). *New York: Springer*. 2014. P. 55-72. DOI: 10.1007/978-1-4939-0814-1

ПОДОЛАННЯ СТРЕСУ В УМОВАХ ВІЙСЬКОВОГО СТАНУ

Стеблюк Е. Е., Дубовенко Д. О.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Ключові слова: стрес, інформаційний стрес, емоційний стрес, посттравматичний стресовий розлад.

Актуальність проблеми. Населення України за час військової агресії зазнає негативного впливу від перебування в укриттях, приміщеннях закритого типу. У таких випадках стрес виникає у зв'язку зі страхом за власне життя та життя близьких. Особливо гостро це питання стосується дітей шкільного віку. Вплив на свідомість учнів мають новини із фронту (особливо якщо там знаходиться батько або мати), інформація про зруйновані інфраструктури та смерть українських військових. На допомогу в такому випадку приходять психологи, медичні працівники.

Причини виникнення стресу, залежність емоційного переживання від індивідуально-психологічних чинників особистості у центрі дослідження низки науковців: В. Зливкова, С. Лукомської, Ю. Нехорошкової, О. Туриніної О. Федан, Т. Циганчук та ін. Відтак, Ю. Нехорошкова подає сучасні дослідження щодо механізмів розвитку адаптивних і патологічних процесів, викликаних впливом стресогенних чинників, у тому числі і професійно обумовлених [4]. Ученою акцентується увага на необхідності взаємодії спеціалістів різних напрямків: біохімії, фізіології, генетики та молекулярної біології, що буде сприяти розумінню процесів, що відбуваються під впливом означених чинників. В. Зливков, С. Лукомська, О. Федан розкрили типологію стресових розладів, зокрема актуальному для реалій сучасної України посттравматичному стресовому розладі.

Мета дослідження: дослідити ознаки стресу та шляхи їх подолання.

Матеріали та методи: аналіз, синтез, узагальнення.

Результати дослідження. Стрес – це спосіб реагування організму на щось несподіване та неприємне. Це стан, при якому людині необхідно діяти швидко та реагувати на загрозливі події, приймати рішення в стані емоційного і фізичного збудження [3, с.13]. Автором виокремлено інформаційний стрес (виникає в ситуаціях інформаційних перевантажень, коли людина не виконує завдання, не встигає приймати правильні рішення в належному темпі) та емоційний (виявляється в ситуаціях загрози, небезпеки, гніву, образи) [там же, с. 23]. Таким чином, під поняттям стрес розуміємо реакцію організму на різні фізичні, емоційні або психологічні впливи, які виникають як загрозливі або викликають невдоволення.

Стрес може виникнути під впливом різних ситуацій, таких як зміни в навколишньому середовищі, конфлікти, проблеми у навчанні тощо. При цьому наслідки є короткостроковими, так і довгостроковими для фізичного та психічного здоров'я.

Короткостроковий стрес викликає у людини підвищену чутливість та інші адаптивні зміни. Однак, якщо стрес стає хронічним, це може привести до різних проблем, таким як безсоння, депресія. Серед симптомів стресу виокремлюють: порушення пам'яті, уваги, притупленість емоцій, хвилювання, почуття провини тощо.

Стрес має фізіологічні, психологічні, особистісні і медичні ознаки. Крім того будь-який стрес включає емоційне напруження, яке може переродитися в стан тривоги.

Колективом авторів [1] узагальнено стадії стресу за фізичним станом людини:

1-а стадія – втома, розумова діяльність ускладнена, очі сухі, шкіра блискуча та масна;

2-а стадія – косоокість, унаслідок якого людина не може адекватно сприймати деякий час відстань;

3-я стадія – виникає відчуття розбіжності з самим собою, свідомість не контролюється.

О. Туриніна розкриває поняття «посттравматичний стресовий розлад», який являє собою комплекс психофізіологічних реакцій людини на фізичну або психологічну травму, де травма визначається як переживання, потрясіння, яка у більшості людей викликає страх, жах, відчуття безпорадності. Це, в першу чергу, ситуації, в яких людина сама пережила загрозу власного життя, смерть або поранення іншої людини, що відбулися за надзвичайних обставин. Авторкою зазначається, що посттравматичний стресовий розлад може проявитися у людини відразу після перебування у травматичній ситуації, але може виникнути і через кілька місяців або навіть років [5, с.26].

Л. Потапюк, Т.Сиротюк рекомендують методи подолання стресу, з-поміж яких фізичне розслаблення організму. М'язове розслаблення знімає фізичну напругу і приносить відчуття комфорту. Щоб домогтися розслаблення, потрібно навчитись розпізнавати ознаки фізичної напруги і контролювати їх. Метод прогресивної м'язової релаксації, з позиції авторів, є одним із ефективних способів уникнення стресу [2].

Серед шляхів подолання стресу нами виокремлено:

– фізичну активність, що передбачає виконання фізичних вправ й призводить до зниження рівня стресу, виділенню ендорфінів;

–застосування прийому глибокого дихання, який сприяє зменшенню напруги та відчуття страху;

–правильне харчування, адже здорова їжа позитивно впливає на фізичний та емоційний стан людини;

–планування часу на виконання завдань і відпочинку;

–методи арт-терапії, що сприяють вираженню та розумінню емоцій, позитивному загальному психічному стану, зниженню напруги через засоби мистецтва: малювання, ліплення, прослуховування музики, конструювання тощо.

–професійну допомогу психолога, лікаря.

Висновки. Таким чином, нами сформульовано зміст ключового поняття «стрес» як реакцію організму на різні фізичні, емоційні або психологічні впливи, які виникають як загрозові або викликають невдоволення. Розкрито ознаки стресу та подано окремі шляхи їх подолання.

Література

1. Адаптивні та ушкоджуючі механізми розвитку стресу / С. І. Треумова., Ю. Г. Бурмак, Є. Є. Петров [та ін.]. *Вісник проблем біології і медицини*. Полтава. 2017. Вип. 4, Т. 1 (139). С. 74–78.

2. Потапюк Л. М., Сиротюк Т.О. Причини виникнення та шляхи подолання стресу. URL: <https://naukam.triada.in.ua/index.php/konferentsiji/54-dvadtsyat-chetverta-vseukrajinska-praktichno-piznavalna-internet-konferentsiya/609-prichini-viniknennya-ta-shlyakhi-podolannya-stresu>

3. Психологія стресу та стресових розладів : навч. посіб. / Уклад. О. Ю. Овчаренко. К. : Університет «Україна», 2023. 266 с.

4. Нехорошкова Ю.В. Сучасне медико-біологічне уявлення про стрес: біологія, медицина та психологія (огляд літератури та власні дослідження). *Актуальні проблеми транспортної медицини*. 2012. № 1 (27). С. 83-95.

5. Туриніна О. Л. Психологія травмуючих ситуацій: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. К.: ДП «Вид. дім «Персонал», 2017. 160 с.

ПРОФІЛАКТИКА ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ В УМОВАХ ВОЄННОГО ЧАСУ

Степанюк Т. М., Шудренко О. Т.

Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради

Ключові слова: психоемоційне перенавантаження, медичний працівник, синдром емоційного вигорання, емоційне здоров'я, самореабілітація.

Актуальність проблеми. В умовах воєнного часу, коли всі знаходяться в постійному нервовому напруженні, стреси стали невід'ємною складовою життя сучасної людини. Як наслідок досить значна кількість українців стикається з таким явищем, як емоційне вигорання, що не лише впливає на психічне і фізичне здоров'я, а й відчутно погіршує якість життя.

Медичному працівникові слід оберегати себе від професійної деформації. Адже при частих психоемоційних перевантаженнях у процесі професійної діяльності проявляються такі негативні риси, як байдужість, грубість, дратівливість при контакті з хворими, а іноді – пригніченість від безсилля, особливо при лікуванні важко хворих пацієнтів. При сучасному надмірному навантаженні медичні працівники часто не помічають початку емоційного вигорання, що надало б можливість своєчасно звернути увагу на глибину проблеми й мобілізувати внутрішні ресурси, а також застосувати профілактичні прийоми, тому що емоційні переживання впливають на імунну, а також вегетативну нервову систему. У свою чергу, соматичні зміни впливають на психічний стан [3, с. 46].

Синдром емоційного вигорання — це щораз більше емоційне виснаження, викликане дією постійних професійних стресів. Більше третини медичних працівників в Україні відчувають цю проблему на собі, однак більшість з них не отримує спеціалізованої допомоги в цьому питанні. Але разом з тим поширеність цієї патології та її вплив на якість роботи медиків змушують переглянути ставлення до психологічного стану людей, яким ми довіряємо життя та здоров'я [4].

Стан емоційного вигорання спричиняється важкою роботою в напруженому темпі, високими навантаженнями, зокрема емоційними, несприятливою психологічною атмосферою професійної діяльності. Важливим фактором, на нашу думку, є відсутність належної винагороди за роботу і як наслідок – криза цінностей. Всесвітня організація охорони здоров'я стверджує, що робота надзвичайно корисна для психіки, однак негативні умови праці можуть призвести до проблем фізичного й емоційного здоров'я. Тому у травні 2019 р. ВООЗ визнала емоційне вигорання внаслідок виконання професійних обов'язків захворюванням.

Мета дослідження. Проаналізувати теоретичні засади досліджуваної проблеми та розкрити підходи сучасних вчених до розкриття різних методів профілактики емоційного вигорання медичних працівників в умовах воєнного часу з метою ефективного здійснення їхньої професійної діяльності. Розкрити власний погляд на напрямки профілактичних заходів щодо зменшення нервово-емоційного напруження та підвищення рівня стресостійкості медичних працівників.

Матеріали та методи. Для реалізації поставленої мети використано теоретичні методи: порівняльний аналіз літературних джерел, понять та теорій.

Результати дослідження. Стан емоційного спустошення та емоційного виснаження, що супроводжується втратою мотивації, постійною втомою та цілим рядом інших негативних симптомів, виникає як своєрідна захисна реакція організму і часто пов'язаний з високим рівнем стресу. Особливо небезпечним цей стан є тоді, коли в країні війна, оскільки всі люди перебувають в стані перманентного стресу: вони переживають за своє життя та життя своїх близьких, постійно читають тривожні новини, непокояться про своє майбутнє. Все це перевантажує психіку та нервову систему і спричиняє емоційну втому. У медичних працівників до цього стану ще додаються переживання за стан пацієнтів, понаднормова праця, хронічна втома. Тому для того, щоб лікування хворих було ефективним, вкрай необхідно забезпечити стійкий психологічний стан медиків і бити «в усі дзвони», як тільки проявляються симптоми емоційного вигорання: зниження інтелектуальної продуктивності, апатія і відсутність сил, постійна роздратованість, поява проблем із здоров'ям (погіршення зору, головний біль, біль у спині тощо), песимістичний настрій, відчуття емоційного спустошення.

Заходи профілактики перенапруження та перевтоми медичних працівників повинні базуватися на науково обґрунтованих допустимих рівнях відповідних навантажень і чітких кількісних величинах цих параметрів. До уваги береться не лише інтенсивність самого навантаження, а й тривалість його впливу [5, с.118].

Система профілактичних заходів щодо зменшення нервово-емоційного напруження та підвищення рівня стресостійкості медичних працівників має декілька напрямів. Насамперед, це заходи, спрямовані на усунення соціальних, економічних, екологічних та особистісних причин, що створюють у людському спілкуванні конфліктні ситуації та породжують психоемоційний стрес.

Наступним напрямком є профілактика небажаних наслідків пережитого психоемоційного стресу. До таких заходів можна віднести навчання навичок боротьби зі стресом та володіння технікою релаксації, підтримання соціальних відносин, профілактику фрустрацій. Майбутні медики повинні опанувати такі техніки ще під час навчання в медичних вишах [2].

Необхідно, щоб медичний працівник вмів балансувати між роботою та особистим життям.

Важливу роль у профілактиці СЕВ відіграє також організація праці у медичному закладі та взаємовідносин між колегами: зміна культури

професійної поведінки працівників, створення програм професійного супроводження медиків (наприклад, застосування методу подолання синдрому вигорання через психосинтез тощо), створення адекватних умов праці і, головне, підвищення соціального статусу медичного працівника.

Досить ефективними заходами у боротьбі з СЕВ вважаються різноманітні психологічні тренінги та програми, консультації-семінари, що розроблені спеціально для медичних працівників, сеанси групової психотерапії, які, на думку вчених, мають більшу ефективність, ніж індивідуальне консультування. У ході тренінгів учасники груп зазначають такі позитивні аспекти, як поліпшення професійних комунікативних навичок, зниження рівня професійного стресу та емоційного вигорання [1, с. 25].

Надзвичайно складним є питання відновлення психологічного стану лікаря в разі смерті пацієнта. До основних способів «самореабілітації» у таких випадках належать усамітнення, бажаючи лишити свої переживання конфіденційними, або ж, навпаки, обговорення випадку у середовищі фахівців, одні шукають підтримки серед колег, іншим важливою є підтримка рідних.

Часто для зняття стресу медичні працівники вживають заспокійливі засоби. Застосування таких препаратів швидко полегшує стан, проте їх дія короткочасна, адже у такій самій ситуації знову виникає відчуття напруженості й безпомічності. Заспокійливі засоби призводять до притуплення сприйняття і зниження реакції, уваги, погіршення пам'яті. Можливі також і фізичні розлади. Людина позбавляє себе відповідальності за власне самопочуття, що, само собою розуміється, накладе відбиток на якості обслуговування пацієнтів. До того ж, постійний прийом заспокійливих засобів може викликати залежність до них. Отже, проблема цим не вирішується, а, навпаки, поглиблюється.

У профілактиці емоційного вигорання медиків важливо також розвивати рефлексію. Якщо людина самоусвідомлює проблему, вона починає краще орієнтуватися в собі, а отже вчасно відслідковувати свої думки, настрої, стан. Необхідно звертати увагу на сигнали свого тіла, тому що часто біль – це сигнал, який ваше тіло надсилає при вигоранні. Потрібно знаходити час для відпочинку та зміни обстановки. Планування відпочинку завжди підвищує настрої і жагу до життя. Своєрідною терапією є також і зайняття улюбленою справою. Хобі допомагає уникнути вигорання, головне в цьому процесі – навчитися відновлювати сили та заряджатися енергією. Важливо правильно визначити свої пріоритети та життєві цінності. Вигорання – ознака того, що щось важливе у нашому житті не працює. Отже, потрібно виділити час на те, щоб подумати про свої надії, цілі та мрії. Психологи радять хвалити себе, нагадувати собі про власні досягнення. Надзвичайно потужними ліками при емоційному вигоранні є фізичні вправи.

Висновки. Професійне вигорання медичних працівників стало основною проблемою для багатьох країн, що створює суттєві виклики та призводить до втрат у медицині XXI століття. Якщо їх не розв'язувати, епідемія вигорання може продовжувати поширюватись на шкоду як пацієнтам, так і медичним працівникам.

Керівництву слід проявляти ініціативу щодо розуміння проблем із досягнення добробуту лікаря, необхідно сфокусувати увагу на зменшенні навантаження медичних працівників: як фізичного, так і психологічного. У такий спосіб суттєво підвищуватиметься якість спілкування з пацієнтами та будуватимуться партнерські відносини для сприяння формуванню прихильності до лікування.

Медики постійно оточені ситуаціями захворюваності та смертності, тому ризики виснаження високі. Своєчасні перерви та вихідні дні слід ретельно - планувати. Крім того, лікарів та медичних сестер слід заохочувати до занять релаксаційними методами, такими як йога, медитація, звернення до кризової психологічної допомоги тощо. Це допоможе їм повернутися до роботи відновленими, підвищити їхню ефективність і результати роботи.

Література

1. Мірошниченко О. Профілактика «синдрому» професійного вигорання у працюючих в екстремальних умовах: навч.-метод. посіб. Житомир: ЖДУ ім. І.Франка, 2013. 155с.
2. Науменко Г. Від професійного вигорання до залученості медичного персоналу. Стратегії успішного створення ефективної організаційної культури в медичному закладі (практичні кейси клініки Мейо). *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2020. Т. 5, № 2. DOI: 10.26766/pmgrp.v5i2.238.
3. Ю.Паустовський, В.Зенкіна Синдром вигорання – страшна ціна за відданість медичній професії. *Науково-виробничий журнал «Охорона праці»*. 2021. №7. С. 46-50
4. Труш О. М. Профілактика емоційного вигорання у працівників медичної сфери. *Вісник клубу психологів*. Листопад 2021. С. 52-57. DOI: 10.33149/vkr.2021.04.09
5. Swensen S., Kabacene A., Shanafelt T. Physician-Organization - Collaboration Reduces Physician Burnout and Promotes Engagement: the Mayo Clinic experience. *Journal of Healthcare Management*. 2016. Vol. 61, no 2. P. 105-127. URL: <https://doi.org/10.1097/00115514-201603000-00008> (date of access: 04.11.2023).

ПОШИРЕНІСТЬ ТА ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ ОЖИРІННЯ СЕРЕД РІЗНИХ КАТЕГОРІЙ НАСЕЛЕННЯ

Трикиша О.В., Антонов О.В.

Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради

Ключові слова: ожиріння, надмірна маса тіла, гендерна приналежність, діти, доросле населення.

Актуальність проблеми. Сьогодні ожиріння є неінфекційною епідемією масштабного характеру, що уражає населення не залежно від віку та гендерної приналежності.

Водночас з кожним роком спостерігається «помолодшання» захворювання, а тому ожиріння є проблемою не тільки дорослого населення, але також й педіатричних пацієнтів – дітей [1; с.25].

Мета дослідження. Проаналізувати поширеність ожиріння та визначити особливості його розвитку серед різних категорій населення, враховуючи вікову категорію та стать.

Матеріали та методи. Застосовано методи теоретичного аналізу й узагальнення інформації.

Результати дослідження. Проблема ожиріння вражає своєю масштабністю та не у позитивному сенсі, адже за даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) кількість населення, що має в анамнезі ожиріння, за останні роки збільшилася удвічі й утримує стійку тенденцію до подальшого зростання на 10% кожні 10 років [4; с.49].

Загалом у світі понад 1,7 мільярда дорослого населення мають надмірну масу тіла (НМТ), а 650 млн. страждають ожирінням (267 млн. чоловіків та 375 млн. жінок). Наразі загальний показник ожиріння у країнах світу становить 13% всього населення, а до 2025 року, показник хворих може досягти до 1 млрд., тобто 17% населення планети [2].

Крім цього, ВООЗ прогнозує безпрецедентний рівень ожиріння в Європі до 2035 року з чисельністю хворих близько 51%, а до 2060 року 70% населення більшості країн світу матиме ожиріння або ж НМТ [8; с.346].

Водночас приблизно 20 млн. дітей мають в анамнезі проблеми із зайвою масою тіла, причому значна частка, це діти до 8 років. Зокрема прогнозується зростання дитячого ожиріння протягом наступного десятиліття до 60%, тобто чисельність досягне 250 млн [3; с.22].

Згідно останнього статистичного дослідження в Україні 60% українців мають НМТ різного ступеня, а від ожиріння страждає 22,1% населення, тобто кожна четверта жінка та кожен шостий мешканець чоловічої статі. Водночас за оцінками експертів, до 2025 року в Україні ожиріння сягне показника 28,4% серед чоловіків та 29,2% відповідно серед жінок [7; с.81]. Щодо проблеми ожиріння серед дітей, то в Україні наразі оновлені дані відсутні.

Останні дані датовані 2018 роком Всесвітньою організацією з боротьби з ожирінням та свідчать, що переважно страждають НМТ або ожирінням діти віком від 7 до 17 років, серед них 13,9% дівчат та 26% хлопців [3; с.23-24]. На нашу думку, декілька років пандемії та наявність донині повномасштабного вторгнення не покращили дану статистику. Щодо регіональних особливостей, то в Житомирській області понад 60% населення мають проблеми із масою тіла, з них 40,9% мають НМТ, а 19,1% - ожиріння. Серед регіонів, Житомирська область займає 5 місце по чисельності населення, що має в анамнезі проблеми з масою тіла.

Враховуючи гендерні відмінності розвитку ожиріння, достовірно відомо, що жінки страждають ожирінням в два рази частіше, ніж чоловіки. [5; с.119] Однак наразі ситуація дещо змінюється, адже чоловіки у більшості випадків не визнають наявності зайвої ваги та не усвідомлюють рівень проблеми. Подібна неуважність серед чоловіків класифікує їх до групи підвищеною ризику щодо діагностування випадків ожиріння [9; с.70].

Жіночому населенню притаманний гіпоїдний тип ожиріння, який ще має назву «жіночий тип», який пов'язаний з особливостями локалізації жирових відкладень. У даному випадку жіноча фігура набуває грушоподібної форми. Основними причинами розвитку НМТ у жінок є гормональні коливання в організмі, внаслідок дії численних фізіологічних станів, у т.ч. під вагітності, у період лактації, менопаузи [6; с.90]. Водночас абдомінальний тип ожиріння у жінок із зайвою вагою до вагітності діагностується у 50% випадків. Загалом у жіночій статі метаболізм повільніший, ніж у чоловіків, що призводить до труднощів контролю маси тіла [11; с.411].

Щодо представників чоловічої статі, то їм притаманний андроїдний тип ожиріння, адже в основному жирові відкладення дапонуються в абдомінальній зоні. А нагромадження жирових відкладень в області грудей, спини і живота сприяє набуттю фігури чоловіків яблучної округлості - «яблучний тип» ожиріння. Особливістю чоловічого ожиріння є високий ризик накопичується жирових відкладень не під шкірою, а навколо внутрішніх органів – вісцеральне ожиріння, у такому разі надлишок є непомітним зовні, але об'єми тіла більші [9 с.71-73].

Щодо вікового критерію піку розвитку ожиріння, то серед жінок такий вік коливається в межах 35-40 років. Водночас, у чоловіків максимально підвищений ризик набору ваги припадає на 40-45 років.

Особливістю дитячого ожиріння є його виражена тенденція до прогресування, адже переважна частина випадків дорослого ожиріння розвивається, саме в дитинстві. Виділяють три критичні періоди розвитку дитини, коли існує істотний ризик розвитку НМТ та ожиріння, це вік до трьох років, 5-7 років та інтервал від 12 до 17 років. У 60% випадків НМТ у дітей та підлітків призводить до розвитку тяжких соматичних захворювань, зокрема цукрового діабету II типу [4; с.49].

Водночас, регулювання маси тіла у дитячому віці сприяє зниженню ризику виникнення окремих захворювань в дорослому віці.

Зокрема, підліткове ожиріння, яке пролонгує в дорослий період, має більш важкий перебіг, адже супроводжується тяжким перебігом супутніх захворювань, ніж НМТ, яка дебютувала у зрілому віці [10; с.5]. Тобто, проблема дитячого ожиріння наразі вийшла на новий рівень та стає дедалі гострішою. Доведено, що розвиток ожиріння серед дорослого населення виникає внаслідок сформованого способу життя. Щодо дітей, то у разі потенційного ризику розвитку захворювання існує потреба у закріпленні вірного способу життя, у т.ч. харчових звичок.

Висновки. Відповідно до статистичних даних, з'ясовано, що в країнах світу ожиріння займає лідируючі позиції, а в Україні є однією із соціальних проблем у галузі громадського здоров'я.

Загалом визначено, що розвитку ожиріння притаманні особливості для різних категорій населення, адже перебіг захворювання має своєрідні гендерні та вікові відмінності. А проблема ожиріння серед дітей поступово набуває епідемічного характеру, як і серед дорослого населення.

Водночас знання ризикових періодів сприятиме підбору ефективних заходів профілактики, враховуючи при цьому специфіку контингенту та особливості розвитку захворювання.

Література

1. Sorokman T. Anthropometric Standards and Clinical Features of Obesity in Children. *International journal of endocrinology (Ukraine)*. 2022. № 8.64. P. 25.

2. Дещенко В.І., Толмачова К.С., Цеменко К. В. Статистичне дослідження ожиріння та надмірної маси тіла в Україні. 2022 р. Online. URL: <https://dspace.nuph.edu.ua/bitstream/123456789/28729/1/180-181.pdf> (дата звернення 01.11.2023 р.)

3. Заболотна І. Е., Ященко Ю. Б. Поширеність ожиріння та надлишкової маси тіла серед дітей і стан їхнього здоров'я. *Український журнал дитячої ендокринології*. 2017. № 3-4. С. 22-24.

4. Калмикова Ю.С. Поширеність ожиріння та метаболічного синдрому у осіб молодого віку: сучасний стан проблеми. *Rehabilitation and Recreation*. 2023. № 14. С.49.

5. Кіро Л.С. Харчова поведінка та ожиріння: гендерно-вікові особливості. *Ендокринологія*. № 26.2. 2021 р. С. 119.

6. Корчинська О. О., Волошина У. В., Цирик Т. В. Перебіг вагітності та пологів у жінок з ожирінням. *Україна. Здоров'я нації*. 2011. №1. С.90.

7. Косовцова Г.В., Нікітіна Л.Д., Юдченко О.І. Особливості фізичного і статевого розвитку в підлітків з ожирінням. *Український журнал дитячої ендокринології*. 2014. № 2. С.81.

8. Кочерга З.Р., Недоступ І.С., Павликівська Б.М., Терешкун Н.М., Казімирчук І.В. Ризики розвитку ожиріння, особливості харчової поведінки й біоімпадансометричних параметрів у підлітків. *Клінічна педіатрія. Здоров'я дитини*. 2021. Вип. 16, № 5. С.346.

9. Кравчун П.П. Статеві і вікові особливості поширення цукрового діабету 2-го типу, ожиріння та хронічної серцевої недостатності у хворих з постінфарктним кардіосклерозом. *Експериментальна і клінічна медицина*. 2015. № 2. С. 70-73.

10. Леженко Г.О., Гладун К.В. Особливості перебігу ожиріння у дітей підліткового віку. *Погляд фахівця. Міждисциплінарна проблема. Дитячий лікар*. 2017. № 1 (52). С.5.

11. Нестерова С.Ю., Бекас О.О., Надобних Г.Г. Особливості оцінки функціонального стану організму жінок першого зрілого віку з ожирінням. *Фізична культура, спорт та здоров'я нації*. 2018. № 5. С. 411.

ГРА ЯК ЗАСІБ АКТИВІЗАЦІЇ ПІЗНАВАЛЬНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ МОЛОДШИХ ШКОЛЯРІВ З ІНТЕЛЕКТУАЛЬНИМИ ПОРУШЕННЯМИ НА УРОКАХ «Я ДОСЛІДЖУЮ СВІТ»

*Чернишева А.М., Гаяш О.В.,
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

Ключові слова: діти з інтелектуальними порушеннями, пізнавальна діяльність, ігри, інтегрований курс «Я досліджую світ».

Вступ. Останнім часом в Україні зростає кількість народжених дітей з різними порушеннями психофізичного розвитку, що вимагає підвищеної уваги науковців, медичних працівників, педагогів, психологів, фахівців міждисциплінарної команди, здатних надати допомогу і забезпечити якісні освітні, соціалізаційні, медичні послуги.

Однією з категорій дітей, які потребують підвищеної уваги педагогів та психолога закладу освіти, є діти з інтелектуальними порушеннями (далі – ІП). Вони мають психолого-педагогічні особливості у різних сферах (когнітивна, фізична, поведінкова, комунікаційна), які необхідно враховувати при проведенні з ними навчально-виховної роботи та організації освітнього процесу в початковій школі. Водночас, прийшовши до інклюзивного класу, де створено максимально комфортні умови для навчання, діти з інтелектуальними порушеннями не вміють і не хочуть навчатися, мають слабку пізнавальну активність.

Відповідно до вказаного, одним із найбільш ефективних засобів активізації пізнавальної діяльності молодших школярів з інтелектуальними порушеннями на уроках в початковій школі є гра. Саме завдяки залученню дітей з ІП до ігрової діяльності можна привернути їх увагу, зацікавити у вивченні навколишнього світу, активізувати увагу, пам'ять, мислення, сформуванню потреби у висловленні своїх думок (відповідей на запитання вчителя).

Психолого-педагогічні особливості розвитку дітей молодшого шкільного віку з інтелектуальними порушеннями висвітлюються у працях А. Висоцької, О. Гаяш, А. Колупаєвої, С. Миронової, А. Обухівської, О. Таранченко та ін.

Визначальну роль у розвитку пізнавальної активності дітей з інтелектуальними порушеннями відіграють дидактичні та рольові ігри, за допомогою яких діти активізують увагу, мислення, пам'ять, вчать встановлювати причинно-наслідкові зв'язки, вирішувати поставлені пізнавальні завдання, взаємодіють між собою, засвоюють правила спільної діяльності (Т. Войцях, Ю. Галецька, Г. Гащенко, Н. Казакова, Н. Мачинська, Ю. Пузан та ін.).

Методичні основи використання змісту інтегрованого курсу «Я досліджую світ» в активізації пізнавальної діяльності учнів висвітлюють І. Андрусенко, Т. Гільберг, С. Тарнавська та ін. Водночас недостатньо вивченим залишається аспект використання ігор як засобу активізації пізнавальної

діяльності молодших школярів з інтелектуальними порушеннями на уроках «Я досліджую світ».

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати і практично дослідити педагогічні умови активізації пізнавальної діяльності молодших школярів з інтелектуальними порушеннями на уроках «Я досліджую світ» засобом гри.

Методи дослідження: теоретичні: аналіз, синтез, порівняння, емпіричні: опитування, спостереження, експеримент (констатувальний, формувальний, контрольний етапи), якісний та кількісний аналіз отриманих результатів.

Виклад основного матеріалу. Реформування системи спеціальної освіти в Україні на сучасному етапі особливо актуалізує підготовку дітей із інтелектуальними порушеннями до інтеграції в загальноосвітній простір. Це забезпечується завдяки оновленню змісту навчальних програм, відповідних організаційних форм і технологій навчання на основі використання сучасних інноваційних підходів та методів, урахування прогресивних світових тенденцій (інтерактивних технологій, технологій дистанційного навчання тощо).

Українська вчена А. Колупаєва наголошує на тому, що інклюзія орієнтується на пошук нових способів задоволення освітніх потреб кожного учасника навчального процесу відповідно до навчальної ситуації та контингенту дітей, що здобувають освіту. При інклюзії всі зацікавлені сторони повинні приймати активну участь в освітньому процесі для отримання бажаного позитивного результату [1, с. 24]. Не виключенням для реалізації даних цілей є і використання потенціалу інтегрованого курсу «Я досліджую світ» у підвищенні пізнавальної активності молодших школярів з ІІІ.

Вивчення змісту інтегрованого курсу «Я досліджую світ» учнями з ІІІ передбачає усвідомлення ними власної приналежності до природи і суспільства, створення елементарної бази знань для засвоєння дітьми необхідного обсягу знань та соціального досвіду. Вивчаючи зміст інтегрованого курсу «Я досліджую світ», учні набувають компетентності у галузі природничих наук; екологічної, громадянської, соціальної здоров'язбережувальної компетентностей. Вивчення курсу «Я досліджую світ» сприяє формуванню позитивного ставлення дітей до природи і праці людей; вихованню ощадного ставлення до природних об'єктів та предметів навколишнього світу; працелюбності тощо.

Ефективним засобом активізації пізнавальної діяльності школярів з інтелектуальними порушеннями на уроках «Я досліджую світ» є гра. Ігри активізують пізнавальний інтерес в учнів та спрямовують їх розумову діяльність. Улюбленим видом ігор, які використовують практично всі педагоги у роботі з дітьми як з порушеннями, так і без порушень, є дидактичні ігри. У багатьох працях відомих науковців дидактичним іграм приділяється максимум уваги. На думку Н. Мачинської, М. Оприск, систематичне використання дидактичних ігор підвищує ефективність навчання, забезпечує створення атмосфери необхідного мовленнєвого спілкування вчителя з учнями в класі [2, с. 231].

Для вивчення особливостей та педагогічних умов активізації пізнавальної діяльності молодших школярів з інтелектуальними порушеннями засобами гри на уроках «Я досліджую світ» було організовано та проведено дослідження.

За результатами проведеного дослідження встановлено, що діти з інтелектуальними порушеннями не мають сформованого пізнавального інтересу до оволодіння знаннями та навчальними вміннями, не прагнуть до активної пізнавальної діяльності, у них не сформовані вміння і навички самостійної пізнавальної діяльності. Діти з ІІ негативно ставляться до цікавих розумових видів діяльності, не виявляють загальної допитливості і не вміють ставити запитання. У них слабо розвинена короткотривала і довготривала пам'ять, ці учні відчувають значні труднощі із конкретизацією понять, їх класифікацією та порівнянням. Відповідно до узагальнених результатів щодо показників пізнавальної активності всі молодші школярі з інтелектуальними порушеннями потребують корекційно-розвивальної роботи з підвищення навичок пізнавальної діяльності.

Для діагностичного обстеження пізнавальної діяльності школярів з інтелектуальними порушеннями обрано методику «Діагностика просторових уявлень дітей» (А. Палій), методику «Заучування 10 слів»; методику «Діагностика загальної структури розумової діяльності дітей» (А. Палій).

У ході проведення експериментальної роботи з активізації пізнавальної діяльності молодших школярів з інтелектуальними порушеннями на уроках «Я досліджую світ» засобом гри було проведено ряд ігор, таких як: «Добре – погано», «Опиши предмет», «Вгадай птаха», «Хто де живе», «Хто що їсть» тощо.

Після проведення експериментальної роботи з активізації пізнавальної діяльності молодших школярів з інтелектуальними порушеннями на уроках «Я досліджую світ» засобом гри організовано контрольне опитування учнів. Встановлено, що на 16,7% стало більше учнів із середнім рівнем, і на стільки ж стало менше учнів з низьким рівнем сформованості пізнавальної діяльності. На третину стало більше дітей з ІІ, які мають середній рівень пізнавальної потреби. Також на третину збільшилася кількість дітей з ІІ, які мають середній рівень короткотривалої і довготривалої пам'яті.

Висновок. Відповідно до вказаного підтверджено ефективність проведеної експериментальної роботи з активізації пізнавальної діяльності молодших школярів з інтелектуальними порушеннями на уроках «Я досліджую світ» засобом гри.

Література

1. Колупаєва А. А. Інклюзивна освіта: реалії та перспективи: Монографія. Київ: «Самміт-Книга», 2009. 272 с.
2. Мачинська Н. І., Опріск М. А. Теоретичні аспекти використання ігрових технологій на уроках в початковій школі. *Молодий вчений*. 2019. № 10 (74). С. 229–232.

ПІДХОДИ В ОРГАНІЗАЦІЇ ІМУНОПРОФІЛАКТИКИ У ГРОМАДСЬКОМУ ЗДОРОВ'І

Шигонська Н.В.,

Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради

Зінкевич К.Є.

КНП АЗПСМ Станішівської сільської ради

Ключові слова: вакцинація, специфічна імунопрофілактика.

Актуальність проблеми полягає у забезпеченні організації профілактики інфекційних хвороб шляхом специфічної імунізації населення, що в подальшому сприятиме загальному оздоровленню населення та зменшенню смертності.

Мета дослідження. Визначити організаційні умови, що сприятимуть більшій прихильності населення до імунізації.

Матеріали та методи. Аналіз, синтез, узагальнення наукової літератури.

Результати та їх обговорення: Основними організаційними умовами менеджменту імунопрофілактики є: законодавство країни; імплементація норм та правових аспектів на всіх адміністративних рівнях надання первинної медичної допомоги; планування процесу відповідно до чинного законодавства України; координація та комунікація з усіма стейкхолдерами (обласні департаменти охорони здоров'я, центри профілактики та контролю хвороб, центри первинної медико-санітарної допомоги, амбулаторії загальної практики-сімейної медицини, пункти здоров'я, вищі та середні медичні); планування бюджету на рівні держави та плану вакцинації на рівні амбулаторій та центрів первинної медико-санітарної допомоги; забезпечення комунікації та адвокації серед бенефіціарів; моніторинг проведеної роботи та контроль за результатами.

Згідно наказу МОЗ України від 21.02.2008 № 90, «Про затвердження Змін до Порядку проведення державної реєстрації (перереєстрації) медичних імунобіологічних препаратів в Україні» всі вакцини, які вперше реєструються в Україні, обов'язково проходять клініко-епідеміологічні випробування. В ході цих досліджень, відповідно до міжнародних стандартів, вивчаються ефективність та безпечність вакцин при застосуванні в країні. Лише після проведення клінічних випробувань та отримання позитивних результатів, які не суперечать законодавчій базі нашої країни - вакцина може бути зареєстрована та запропонована до використання. Таким чином, - всі профілактичні щеплення, які включені до Календаря профілактичних щеплень, для громадян України є безкоштовними та безпечними. Вакцини закуповуються за кошти державного бюджету, мають відповідні сертифікати якості та державну реєстрацію в Україні.

Висновки: дотримання усіх підходів забезпечує реалізацію процесу імунопрофілактики у системі громадського здоров'я та надання якісних профілактичних медичних послуг.

Література

1. Дорожня карта з впровадження вакцини від гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2, і проведення масової вакцинації у відповідь на пандемію COVID-19 в Україні у 2021-2022 роках. URL: https://moz.gov.ua/uploads/5/27921-dn_3018_24_12_2020_dod.pdf

2. СТРАТЕГІЯ розвитку імунопрофілактики та захисту населення від інфекційних хвороб, яким можна запобігти шляхом проведення імунопрофілактики, на період до 2030 року. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/562-2023-%D1%80#Text>

3. Наказ № 595 від 16.09.2011 «Про порядок проведення імунопрофілактичних щеплень в Україні та контроль якості й обігу медичних імунобіологічних препаратів». URL: <https://ips.ligazakon.net/document/RE19897?an=1529>

ВПЛИВ АГЕНТІВ БІОЛОГІЧНИХ ЗАГРОЗ НА ЗДОРОВ'Я ФАХІВЦІВ МЕДИКО-БІОЛОГІЧНИХ ЛАБОРАТОРІЙ

Шудренко О. Т., Мельник С. А.

Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради

Ключові слова: патогени, біологічні агенти, біологічні загрози, біобезпека, лабораторні інфекції.

Актуальність проблеми. Медико-біологічні, а саме мікробіологічні лабораторії, вважаються зонами найбільш високого ризику біологічної небезпеки. Це пов'язано із виникненням нещасних випадків, що відбуваються за наявності біологічних агентів. Під час дослідження мікроорганізмів в лабораторіях є великий ризик інфікування фахівців.

Біологічні патогенні агенти (БПА) є біологічними агентами загроз – будь-якими чинниками біотичного походження (пріонної, віроїдної, вірусної, рикетсіозної, бактерійної, грибової етіології, біохімічної дії, токсинами, алергенами), які здатні спричиняти масові захворювання людей, тварин, рослин. Такий вплив може призвести до погіршення стану довкілля, заподіяти значних економічних збитків, погіршити умови життєдіяльності населення або обумовити загрозу захворювання і загибелі людей [2].

Мета дослідження. Метою цього дослідження є аналіз впливу біологічних агентів на здоров'я лабораторних фахівців та визначення заходів, що сприяють запобіганню лабораторним інфекціям. Дослідження також спрямоване на розуміння ризиків, пов'язаних із роботою в медико-біологічних лабораторіях і розробку рекомендацій щодо підвищення рівня біобезпеки в цих установках. Здоров'я працівників та загальна безпека суспільства є основними пріоритетами дослідження.

Матеріали та методи. Для виконання поставлених завдань використані методи аналізу нормативної, науково-методичної літератури, документальних матеріалів та оцінки отриманих даних.

Результати дослідження. В кінці минулого століття вченим R. Pike відмічено і проаналізовано 3921 випадок внутрішньолабораторних інфекцій, які були викликані більше 160 видами мікробів, серед яких переважали бактерії [1].

На сьогодні агентів біологічних загроз класифікують за такими критеріями:

1) етіологією біологічного агента:

- бактерії – збудник туберкульозу, збудник кашлюку;
- рикетсії – збудник гарячки Ку;
- віруси – збудник гепатиту, ВІЛ;
- пріони – збудник губчастоподібної енцефалопатії;
- гриби – збудники кандидозів, криптококозу;
- паразити – збудники амебіазу, лейшманіозу;

– токсини – ботулонеїротоксин.

2) організмом-господарем та механізмом передачі:

– антропонози – група інфекційних захворювань, де джерелом інфекції є лише людина; вони перебігають виключно у людському середовищі (черевний тиф, дизентерія, холера, коклюш, дифтерія, скарлатина, сифіліс, гонорея, кір, натуральна віспа, епідемічний паротит);

– зоонози – група інфекційних захворювань, де джерелом інфекції є тварини, але дані інфекції здатні іноді передаватися до людини (чума, бруцельоз, туляремія, лептоспіроз, сибірка, хвороба Лайма, орнітоз, кліщовий енцефаліт, сказ);

– сапронози – група інфекційних захворювань людини та тварин, для збудників яких основним природним місцем проживання є абіотичні об'єкти довкілля – вода, ґрунт, органічні субстрати (правець, ботулізм, газова гангрена, легіонельоз, актиномікоз, криптококоз).

3) групами ризику з точки зору біобезпеки, при цьому враховуються такі чинники: патогенність збудників, шляхи передачі та джерела інфекції, доступність і ефективність профілактичних (вакцинація) та лікувальних заходів (антибіотикотерапія) тощо.

Протягом останніх 75 років зареєстровано понад 5400 нещасних випадків у лабораторіях і близько 100 випадків, пов'язаних зі шкодою для навколишнього середовища. Існує думка, що до 80 % випадків внутрішньолабораторних інфекцій є невстановленими, і лише 20 % – відомі. Причини зараження фахівців лабораторій встановлюють лише у чверті випадків [1].

Серед внутрішньолабораторних інфекцій найчастіше зустрічаються такі: бруцельоз – 10,8 %, черевний тиф – 6,5, гепатит – 6, туляремія – 5,7, туберкульоз – 4,5, висипний тиф – 3,2, стрептококова інфекція – 2,0, сальмонельоз – 1,2 %. Деякі з них при внутрішньолабораторному інфікуванні призводять до значного відсотка смертності: збудники гепатиту В – 71 %, чуми – 40, холери – 33, жовтої лихоманки – 22, лептоспірозу – 15 % [1].

Інфікування лабораторних фахівців під час професійної діяльності відбувається з різних причин, частіше всього [1], %:

– при аваріях під час роботи з мікроорганізмами – 17,9;

– під час розтину інфікованих лабораторних тварин – 16,9;

– при виникненні бактеріального аерозолу (центрифугування або деструкція клітин) – 13,6;

– через нез'ясовані причини – 20,0.

При проведенні досліджень у медико-біологічних лабораторіях можливе зараження фахівців такими механізмами та шляхами:

– фекально-оральним: під час піпетування ротом, при потраплянні інфікованих бризок у ротову порожнину, у разі взяття в рот інфікованих предметів, при вживанні їжі або напоїв на робочому місці;

– гемоконтактним: через проколи інфікованими голками, у разі порізів гострими предметами, через укуси та подряпини, заподіяні тваринами або комахами;

– контактним: під час потрапляння бризок на слизову очей, носа, ротової порожнини або ушкоджену та неушкоджену шкіру, при забрудненні поверхонь, обладнання, предметів;

– аерогенним: під час процедур, що супроводжуються утворенням аерозолів.

Для належного оцінювання ризиків та ефективного вибору методів захисту в лабораторіях розроблено спеціальні класифікації біологічних агентів за їх патогенністю; найбільш відому класифікацію представлено ВООЗ.

Згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України № 365 від 22.02.2023 р. створено єдиний перелік біологічних агентів, які становлять або можуть становити небезпеку для здоров'я людини, тобто інфікувати її [3]. До переліку входять біологічні агенти, розділені на чотири групи небезпеки відповідно до рівня їх здатності викликати інфекційні захворювання та ризиків для здоров'я людини [1, 3]:

– група небезпеки (ризик) 1: мінімальний ризик для здоров'я – відсутній або дуже низький індивідуальний і суспільний ризик – біологічні агенти, які не здатні спричинити захворювання людини (сінна паличка, вірус собачого гепатиту);

– група небезпеки (ризик) 2: помірний індивідуальний ризик, низький суспільний ризик; зазвичай легко контролюється – біологічні агенти, які здатні спричинити захворювання людини і можуть бути небезпечними для працівників, проте не здатні переносити інфекцію і проти яких існують профілактичні та лікарські засоби (вірус грипу, вірус епідемічного паротиту, вірус кору, збудник гепатиту В);

– група небезпеки (ризик) 3: високий індивідуальний ризик, низький суспільний ризик; може викликати серйозні захворювання – біологічні агенти, які здатні спричинити небезпечні захворювання, становлять серйозну небезпеку для працівників і можуть переносити інфекцію, але проти яких, як правило, існують профілактичні та лікарські засоби (збудник туберкульозу, SARS-CoV-1, SARS-CoV-2, збудник чуми);

– група небезпеки (ризик) 4: надвисокий ризик; високий індивідуальний і суспільний ризик – біологічні агенти, які здатні спричинити серйозні захворювання людини і становлять велику небезпеку для працівників і суспільства через здатність швидко поширюватись, і проти яких, як правило, відсутні засоби профілактики (вірус гарячки Ебола, вірус гарячки Марбург, вірус натуральної віспи).

Для захисту персоналу лабораторій, довілля, населення регіону від потенційних небезпек, пов'язаних із роботою з біологічним матеріалом, застосовують комплекс принципів, практик і запобіжних заходів, які формують біобезпеку.

Основні компоненти біобезпеки [1, 2]:

1. Первинні бар'єри (ізоляція) – захисне устаткування, герметичні контейнери та інші технічні засоби контролю, призначені для усунення або зведення до мінімуму впливу шкідливого біологічного матеріалу.

2. Вторинні бар'єри (дизайн лабораторії) – відокремлення робочої ділянки лабораторії від ділянки вільного доступу, наявність повітряних шлюзів на вході в лабораторію або окремі будівлі чи модулі для ізоляції лабораторії, використання пристроїв для знезараження та миття рук.

3. Засоби індивідуального захисту – використання відповідного одягу: лабораторного халату, захисних окулярів або лицьового щитка, рукавичок, маски або респіратора, захисного фартуха, лабораторного взуття.

4. Правила роботи з патогенними агентами біологічного походження (інструкції щодо поводження з біологічними агентами).

5. Освіта та навчання персоналу лабораторій (дотримання протоколів біобезпеки).

Висновки. В статті розглянуто деякі загрози здоров'ю лабораторних фахівців, що виникають внаслідок використання небезпечних біологічних агентів. Такі загрози можуть бути послаблені шляхом правильного впровадження сертифікованих протоколів, які включають належні мікробіологічні методи, первинні і вторинні бар'єри, задовільні приміщення чи ресурси, захисні пристрої, засоби індивідуального захисту, захисні заходи, а також спеціалізованої освіти та підготовки лабораторного персоналу.

Література

1. Голубнича В. М., Погорєлов М. В., Корнієнко В. В. Біобезпека та біозахист у біологічних лабораторіях 1-го та 2-го рівнів безпеки: монографія. Суми: Сумський державний університет, 2016. 123 с. URL: <https://core.ac.uk/download/pdf/141450992.pdf>.

2. ДСП 9.9.5.-080-02. Правила влаштування і безпеки роботи в лабораторіях (відділах, відділеннях) мікробіологічного профілю (3108). URL: https://dnaop.com/html/3108/doc-%D0%94%D0%A1%D0%9F_9.9.5.-080-02.

3. Єдиний перелік біологічних агентів, які становлять або можуть становити небезпеку для здоров'я людини. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0653-23#Text>.

4. Методичні рекомендації щодо організації заходів біологічного захисту особового складу підрозділів Оперативно-рятувальної служби цивільного захисту при ліквідації надзвичайних ситуацій та їх наслідків в осередках біологічного зараження : затв. наказом МНС України від 12.10.2009 р. № 686. URL: https://zakononline.com.ua/documents/show/39090_39090

ОЦІНКА ЕКОНОМІЧНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОФІЛАКТИЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ В ГРОМАДСЬКОМУ ЗДОРОВ'Ї (У РАМКАХ МІЖДИСЦИПЛІНАРНОГО КОНТЕКСТУ ПРОФЕСІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ МАГІСТРІВ)

Щербініна Н.С.

Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради

Ключові слова: профілактичні технології, медична ефективність, економічна ефективність, система громадського здоров'я, міждисциплінарний контекст, професійна підготовка магістрів громадського здоров'я.

Актуальність проблеми. Забезпечення повноцінного життя населення, зміцнення та збереження здоров'я є одними з найважливіших цілей світового суспільства, відображених у засадах європейської політики «Здоров'я – 2020: основи Європейської політики в підтримку дій держави та суспільства в інтересах здоров'я і благополуччя».

Як основа профілактичної медицини, система громадського здоров'я передбачає основні заходи у сфері охорони здоров'я та спрямована на збереження здоров'я населення, зменшення обсягів витрат на медичне обслуговування. В сфері показників здоров'я населення ефективна система громадського здоров'я позитивно впливає на якість життя спільноти [5]. В підготовці майбутніх фахівців громадського здоров'я формування необхідної компетентнісної складової відбувається гармонійним поєднанням в освітній програмі теоретичних та практичних компонентів навчання. Важливим є забезпечення володіння компетентностями, які дозволять успішно здійснювати основні оперативні функції громадського здоров'я, зокрема визначати актуальність, економічну доцільність певних втручань [3].

Мета дослідження. На основі доступних наукових публікацій дослідити окремі аспекти оцінки економічної ефективності профілактичних технологій в системі громадського здоров'я.

Матеріали та методи. Наукова література з проблем економіки охорони здоров'я. Використані бібліосемантичний метод та метод структурно-логічного аналізу.

Результати дослідження. Ефективність – ступінь досягнення конкретних результатів. Усі види лікарської діяльності, оздоровчі, гігієнічні та профілактичні заходи оцінюються з точки зору соціальної, медичної та економічної ефективності. В оцінці ефективності провідним критерієм є динаміка показників здоров'я (зниження захворюваності, смертності, інвалідизації, тощо).

Економічну ефективність розглядають як співвідношення одержаних результатів до реальних витрат. Оцінка функціонування системи охорони здоров'я в цілому, її окремих структур, економічне обґрунтування заходів охорони здоров'я населення з метою пошуку найбільш оптимального

використання наявних ресурсів вимірюються показником економічної ефективності [2].

В охороні здоров'я поряд з економічною невиконаністю лікувальних та профілактичних медичних заходів, все-ж медичний і соціальний ефект вимагає їх проведення. Так, для збереження життя людини шляхом використання фармако- та інтенсивної терапії досягається медичний та соціальний ефект, проте, можливість інвалідності і втрати працездатності становлять економічну неефективність.

Разом з тим, вибір тих чи інших засобів профілактики та форм надання медичної допомоги не може визначатися лише економічною ефективністю в охороні здоров'я. Але, в умовах обмеження фінансових ресурсів, критерії економічної ефективності (поряд з медичною і соціальною) можуть раціонально встановити черговість проведення певних заходів (наприклад, пріоритет віддати профілактичним технологіям).

Методологія визначення економічної ефективності системи охорони здоров'я ґрунтується, насамперед, на вартісних показниках, тобто, на визначенні вартості окремих видів медичних та профілактичних заходів, а також величини збитків від певних захворювань. Ефективність в розрахунках вимірюється часткою від ділення суми, що відбиває вигоду від даного заходу на суму витрат на нього. Тобто економічний ефект – збиток, якого запобігли в результаті застосування комплексу медичних та профілактичних заходів. Він визначається, як різниця між економічними збитками внаслідок захворювання або смертності до та після застосування лікувально-профілактичних заходів.

Вважається, що тільки при активній участі державних структур, медичних працівників, ЗМІ та населення можливе повноцінне проведення профілактичних заходів. Неефективність профілактичних заходів напряду залежить від низького рівня фінансування. Для здійснення ефективних превентивних заходів щодо хронічних неінфекційних захворювань (ХНІЗ) необхідне адекватне фінансування, джерелами якого можуть бути інвестиції (державні та приватні, страхових і бізнес-компаній, громадських і міжнародних організацій) [1].

Доведено, що цільове фінансування програм і проєктів є найефективнішим шляхом фінансування профілактики ХНІЗ; дозволяє оцінити отримані результати і доцільність використання вкладених коштів, що важливо в умовах обмеженого фінансування. Даний підхід дозволяє в подальшому фінансувати тільки ефективні та пріоритетні напрямки та програми.

Зважаючи на вище сказане, для гармонійного існування в суспільстві і збереження людського потенціалу важлива сформованість економічного мислення. Формування економічної компетентності у фахівців громадського здоров'я зумовлено двома важливими чинниками: макрочинник – економічна стратегія держави; мікрочинник – економічні взаємовідносини та корпоративна система управління в охороні здоров'я та сфері громадського здоров'я [3].

Фахівець громадського здоров'я повинен вміти аналізувати, розуміти та оцінювати економічний ефект від впровадження профілактичних технологій. Це вимагає розвитку широкого кола компетентностей спостереження, аналізу, діяльності, контролю за діями, пов'язаними з впливом на здоров'я.

Висновки. Ефективність профілактичних заходів в громадському здоров'ї визначається отриманням максимального медичного та соціального ефекту при мінімальних фінансових витратах, з перетворенням витрат в якість. Майбутні фахівці громадського здоров'я мають набувати компетентностей економічного характеру, вміти аналізувати, оцінювати економічний ефект від медичних та профілактичних втручань.

Література

1. Гандзюк В. А. Профілактичні технології в умовах сьогодення: історичний аспект, сучасний досвід та перспективи розвитку. *Вісник проблем біології і медицини*. 2019. Вип. 2(1). С. 279-282.

2. Говорко О. В. Ефективність системи забезпечення охорони здоров'я населення України. *Національна економіка. Інтелект XXI*. 2017. № 2. С. 92-97.

3. Грузєва Т. С., Гречишкіна Н. В. Компетентнісний підхід у підготовці магістрів громадського здоров'я. *Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення*. Харків, 2022. С. 185-186.

4. Профілактична медицина як важлива складова громадського здоров'я / О. В. Лотоцька та ін. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2019. № 2. С. 40-43.

5. Слободян Н. О. Проблемні аспекти формування системи громадського здоров'я в Україні. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2019. № 2 (80). С. 94-99.

ОРГАНІЗАЦІЯ ОСВІТНЬОГО СЕРЕДОВИЩА У ФАХІВЦІВ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Юр Л.С., Гордійчук С.В., Гаріфулліна Н.В.

Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради

Ключові слова: громадське здоров'я, проектування освітнього середовища.

Актуальність проблеми. Розвиток системи громадського здоров'я в Європейському регіоні почався з прийняття Європейським регіональним бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) у 2012 році «Європейського плану дій з укріплення потенціалу та послуг громадського здоров'я». Цей документ прийнятий із метою забезпечення виконання оперативних функцій громадського здоров'я (ОФГЗ) і надання основного переліку доступних, високоякісних, ефективних послуг системи громадського здоров'я на індивідуальному, місцевому і популяційному рівнях, а також зміцнення потенціалу системи громадського здоров'я [1; с.52].

До основних оперативних функцій громадського здоров'я належать:

1. Епіднагляд та оцінювання стану здоров'я і благополуччя населення.
2. Моніторинг та реагування на небезпеки для здоров'я і під час надзвичайних ситуацій у сфері охорони здоров'я.
3. Захист здоров'я, у тому числі забезпечення безпеки навколишнього середовища, праці, харчових продуктів тощо.
4. Зміцнення здоров'я, у тому числі вплив на соціальні детермінанти і скорочення нерівностей за показниками здоров'я.
5. Профілактика хвороб, у тому числі раннє виявлення порушень здоров'я.
6. Забезпечення стратегічного управління в інтересах здоров'я.
7. Забезпечення сфери охорони громадського здоров'я достатньою кількістю кваліфікованих кадрів.
8. Створення стійких організаційних структур і їх фінансування.
9. Інформаційно-роз'яснювальна діяльність (адвокація), комунікація і соціальна мобілізація в інтересах здоров'я.
10. Сприяння розвитку досліджень у сфері охорони здоров'я для наукового обґрунтування відповідної політики і практики.

Директор Регіонального бюро ВООЗ для країн Західної частини Тихого океану, доктор Шин Янг-су у своїй доповіді (жовтень 2017) зауважив, що стратегічним напрямом дослідження здоров'я має стати з'ясування причинно-наслідкових зв'язків між здоров'ям населення і детермінантами, що його визначають. Він наголосив на необхідності розв'язання проблем, пов'язаних із детермінантами здоров'я. Розв'язання проблем, пов'язаних зі здоров'ям, вимагає налагодження відносин співпраці та взаємодії з метою залучення всіх сил суспільства. Система громадського здоров'я може сприйматися як

ключовий аспект ширшої системи охорони здоров'я і відігравати важливу роль у підвищенні ефективності та результативності роботи системи охорони здоров'я [2;24-31].

Успішна реалізація «Європейського плану дій з укріплення потенціалу та послуг громадського здоров'я» потребує підготовки кваліфікованих кадрів у сфері громадського здоров'я, яка в свою чергу забезпечується взаємодією держави, навчальних закладів та здобувачів освіти, формуючи тим самим освітнє середовище (ОС) – яке є штучно побудованою системою; складові якої сприяють досягненню цілей освітнього процесу. Доцільно звузити епіцентр ОС і говорити про нього відносно учасників освітнього процесу - природної інтелектуальної складової педагогічної системи, або, просто інтелектуальної складової педагогічної системи [3; с.182-199].

Мета дослідження. Оцінити ефективність ОС для фахівців громадського здоров'я з метою покращення якості підготовки фахівців і поліпшення їхніх знань, умінь і навичок у сфері охорони здоров'я громади.

Завдання дослідження: Вивчити структуру та компоненти ОС для фахівців громадського здоров'я з метою пошуку потенційних покращень та оптимізації освітнього процесу; провести аналіз взаємодій та ресурсів, що впливають на організацію ОС, для забезпечення оптимальних умов навчання фахівців громадського здоров'я; вивчити вплив ОС на мотивацію, професійний розвиток та задоволеність роботою фахівців громадського здоров'я; сформулювати рекомендації для покращення ОС в галузі охорони здоров'я з метою підвищення якості підготовки фахівців громадського здоров'я.

Матеріали та методи. Бібліосемантичний метод, що включає: вивчення наукових досліджень, публікацій та ресурсів, які стосуються організації освітнього середовища у галузі громадського здоров'я. Системний аналіз нормативно-правової бази освітнього процесу: дослідження базових нормативних документів ЗВО, освітніх стандартів, освітньо-професійних програм та інших матеріалів, які стосуються організації освітнього процесу.

Результати дослідження. Освітньо-професійна програма "Громадське здоров'я" має широкий спектр розповсюдження в країнах Європи та активно розвивається в Україні. Її виникнення обумовлене необхідністю проведення медичної реформи, побудови національної системи громадського здоров'я на засадах "охорона здоров'я в усіх політиках держави" і підготовки нових кадрів у сфері міжсекторального управління.

В Україні восени 2017 року було прийнято ряд реформаторських законів, які кардинально змінюють модель фінансування сфери охорони здоров'я. Започатковано трансформацію сфери охорони здоров'я в Україні. Проте самої лише зміни моделі фінансування недостатньо. Зміни у сфері охорони здоров'я - це значно ширший процес [4; с.1].

На сьогодні існує потреба у синхронізації процесів, пов'язаних з проведенням багатьох реформ у сфері охорони здоров'я в Україні, та у змінах в системі підготовки медичних працівників, що дасть змогу забезпечити поліпшення якості лікування та медичного догляду пацієнтів [4; с.1].

Спеціаліст з громадського здоров'я повинен бути здатним аналізувати стан фізичного та психічного здоров'я окремих осіб, груп населення і всієї країни, робити висновки та формувати стратегію впровадження принципів здорового способу життя, охорони навколишнього середовища, моніторингу екологічної та епідеміологічної ситуації, впроваджувати та реалізувати поставлені цілі на адміністративних рівнях.

Завданням медичної освіти є забезпечення надання громадянам якісної медичної допомоги завдяки високому рівню підготовки медичних працівників. Життя та здоров'я пацієнта повинні бути основними людськими та професійними цінностями медичних працівників. Якісна медична допомога неможлива без зміни культурної парадигми та створення нового професійного середовища - самовідтворюваного та незалежного [4; с.1].

Для фахівця в сфері громадського здоров'я важливі навички спілкування, здатність систематизувати та аналізувати інформацію, розуміння питань щодо захворювань, здатність швидко діяти в екстрених. Випускники цієї спеціальності мають широкий спектр можливостей для подальшої діяльності, оскільки вони набувають компетентність у таких дисциплінах, як медицина, екологія, біологія, статистика, соціологія, правознавство, економіка і політологія. Відмінність цієї спеціальності від медицини полягає у тому, що фахівці з громадського здоров'я в основному працюють з соціальними аспектами медичних питань і організацією роботи в системі охорони здоров'я.

Медична освіта включає в себе не лише заняття та іспити, але і взаємодію між здобувачами освіти і викладачами, що в свою чергу формує майбутню професійну етику та практичні навички в галузі громадського здоров'я [5; с.211]. Саме завдяки комунікації закладів освіти із здобувачами, які там навчаються формується ОС. Воно описується різноманітністю завдань, взаємодій, стосунків та культурних контекстів, які оточують здобувачів під час їх навчання. Це охоплює, фізичні умови, соціальну атмосферу, методи навчання, психологічний стан, емоційний фон, освітні підходи, мотивацію учасників освітнього процесу та інші аспекти, які впливають на освіту [5; с.211].

Формуючі фактори ОС, можна розділити на три основні групи: фізичні, соціальні й інтелектуальні, що разом утворюють умови і сили, зовнішні стимули й виклики для здобувачів освіти [6; с.78].

Сприятливе ОС безпосередньо впливає на поведінку здобувачів освіти і тим самим не лише покращує навчання, а й значно підвищує успішність здобувачів, їхню мотивацію, досягнення, створює умови для ефективного розвитку та розкриття критичного мислення та поліпшення їхнього соціального життя [7; с.74-80].

Також сприятливе освітнє середовище – це необхідна передумова для успішного результату навчання майбутніх фахівців галузі охорони здоров'я [8; с.947-952].

Для проведення коректної та репрезентативної оцінки ОС важливо вивчати думки здобувачів освіти стосовно компонентів освітніх програм та

факторів, що впливають на освітній процес. Таке суб'єктивне сприйняття дає можливість оцінити рівень сприятливості середовища ЗВО, адже саме на здобувачів і їхні результати навчання спрямований освітній процес [9; с.555].

Результати досліджень ОС показують, що здобувачі молодших курсів сприймають освітнє середовище закладу вищої медичної освіти дещо краще, ніж студенти старших і випускних курсів. Разом з тим ті студенти, які мають вищу якість життя, менший рівень психологічного напруження, кращу підтримку однолітків і вищі навчальні досягнення, мають краще сприйняття освітнього середовища ЗВО [10; 1240-1247с].

Цікаво, що різним є ставлення до ОС в чоловіків і жінок: окремі дослідники відмічають, що жінки загалом більш сприятливо сприймають освітнє середовище того ЗВО, в якому вони навчаються [11; 43-92с]. Оскільки ОС відіграє важливу роль у досягненні результатів навчання, то його оцінювання і моніторинг з використанням надійних інструментів повинні бути невід'ємною частиною навчального плану ЗВО [8; с.947-952]. Для оцінювання ОС Roff Sue зі співавторами в 1997 році розробили опитувальник – Dundee Ready Education Environment Measure (DREEM), який дає змогу кількісно виміряти додипломне освітнє середовище медичного ЗВО.

Висновки. ОС, як поєднання різноманітних факторів, у яких навчаються здобувачі і які впливають на ефективність цього процесу, має бути важливою дискусійною темою освітян та управлінців охорони здоров'я, інших зацікавлених сторін, які прагнуть покращення медичної освіти в Україні.

Важливим кроком для послідовного і стійкого поліпшення якості ОС фахівців громадського здоров'я є систематичний збір даних, в тому числі і з використанням міжнародних дослідницьких інструментів. Це дасть можливість приймати рішення, що ґрунтуються на даних, відстежувати різноманітні процеси в галузі освіти в цілому та в окремих освітніх закладах, а також розуміти ті результати, які продукує система вищої медичної освіти, і як саме це впливає на розвиток галузі охорони здоров'я в нашій державі.

Реалізація досліджень з використанням інструменту DREEM дає можливість предметно обговорювати стан медичної освіти в Україні з міжнародною спільнотою, яка відкрита і прагне змін у системі вищої медичної освіти.

Література

1. Європейського плану дій з укріплення потенціалу та послуг громадського здоров'я – Копенгаген : Європейське регіональне бюро ВООЗ (документ EUR/RC62/12), 2012. 52 с.
2. Слабкий Г.О., Миронюк В.І., Качала Л.О. Система громадського здоров'я: бачення Всесвітньої організації охорони здоров'я. Основні оперативні функції громадського здоров'я та їх зміст. Україна. Здоров'я нації. 2017. № 3 (44). С. 24–31.
3. Биков В.Ю. Теоретико-методологічні засади створення і розвитку сучасних засобів та е-технологій навчання // Розвиток педагогічної і

психологічної наук в Україні 1992 – 2002. Збірник наукових праць до 10 – річчя АПН України / Академія педагогічних наук України. Частина 2. Харків: “ОБС”, 2002. С.182-199.

4. Кабінет Міністрів України, Розпорядження від 27 лютого 2019 р. № 95-р, Київ: «СТРАТЕГІЯ розвитку медичної освіти в Україні» 1с. Online. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/95-2019-%D1%80#n8>

5. Imanipour M., Sadooghiasl A., Ghiyasvandian S., Haghani H.. Evaluating the educational environment of a nursing school by using the DREEM inventory. *Global journal of health science*. 2015. № 7(4). P. 211-216.

6. Kohoulat N., Hayat A. A., Dehghani M. R., Kojuri J., Amini M.. Medical students' academic emotions: the role of perceived learning environment. *Journal of advances in medical education & professionalism*. 2017. № 5(2). P 78-83.

7. Farooq S., Rehman R., Hussain M., Dias J. M. Comparison of undergraduate educational environment in medical and nursing program using the DREEM tool. *Nurse education today*. 2018. № 69. P. 74-80.

8. Soemantri D., Herrera C., Riquelme A. Measuring the educational environment in health professions studies: a systematic review. *Medical teacher*. 2010. № 32(12). P. 947-952.

9. Shah D. K., Piryani S., Piryani R. M., Islam M. N., Jha R. K., Deo G. P. Medical students' perceptions of their learning environment during clinical years at Chitwan Medical College in Nepal. 2019. № 10. P. 555-562.

10. Chan C. Y. W., Sum M. Y., Tan G. M. Y., Tor P. C., Sim K. Adoption and correlates of the Dundee Ready Educational Environment Measure (DREEM) in the evaluation of undergraduate learning environments—a systematic review. *Medical teacher*. 2018. № 40(12). P. 1240-1247.

11. Rehman R., Ghias K., Fatima S. S., Hussain M., Alam F. Dream of a conducive learning environment: One DREEM for all medical students!. *Journal of Pakistan Medical Association*. 2017. № 67(1). P. 7-11.

ЗМІСТ

НАУКОВИЙ КОМІТЕТ	3
ОРГАНІЗАЦІЙНИЙ КОМІТЕТ	4
ПРОГРАМА КОНФЕРЕНЦІЇ	5
ТЕЗИ УЧАСНИКІВ КОНФЕРЕНЦІЇ.....	9
Vansač P. PREVENTION OF SELF-DESTRUCTIVE BEHAVIOR OF ADOLESCENTS IN THE FAMILY.....	10
Popovičová M., Babečka J. MOTIVATION OF STUDENTS TO STUDY SOCIAL WORK.....	15
Barkasi D., Barta R. THE NURSE'S ROLE IN THE PREVENTION OF NOSOCOMIAL INFECTIONS IN A MEDICAL FACILITY	16
Барчук М. П., Шатило В. Й., Поплавська С. Д., Гришук І. П., Івасенко Б. М. СТАН ПРОБЛЕМИ СУЧАСНИХ ПРОФІЛАКТИЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ НА РІВНІ ПМД В УКРАЇНІ ТА ЗА КОРДОНОМ.....	17
Бігарі І.В., Русин Л.П. АНАЛІЗ СТАНУ СОМАТИЧНОГО ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТІВ ІЗ ОЗНАКАМИ ВЕГЕТАТИВНОЇ ДИСФУНКЦІЇ ПІСЛЯ ЗАСТОСУВАННЯ ЗАСОБІВ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ.....	21
Варич А.М., Кокоріна С.А., Гуменна Л.В. ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ СТРЕСУ В ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ.....	25
Гараз Ю.Г., Русин Л.П. ВПЛИВ ЗАСОБІВ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ НА КОРЕКЦІЮ НАДЛИШКОВОЇ МАСИ ТІЛА У ПІДЛІТКІВ.....	28
Гордійчук С.В., Котенко М.Г. Шигонська Н.В. ОСОБЛИВОСТІ ПРОФІЛАКТИКИ ПАРЕНТЕРАЛЬНИХ ІНФЕКЦІЙ В СЕРЕДОВИЩІ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ.....	32
Гордійчук С. В., Шатило В. Й., Заболотнов В. О., Кірячок М.В., Заблоцька О. С., Антонов О. В. ДОСВІД І АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ПІДГОТОВКИ МАГІСТРІВ ГАЛУЗІ ЗНАНЬ «ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я» В ЖИТОМИРСЬКОМУ МЕДИЧНОМУ ІНСТИТУТІ	36
Дуб М.М., Брич В.В. ВІД ОРГАНІЗАЦІЇ ДО ВТРУЧАННЯ МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ КОМАНДИ.....	40
Заблоцька О. С., Степанчук І. М., Ніколасва І. М. ПІГІЄНА ХАРЧУВАННЯ У ПРОФІЛАКТИЦІ ХВОРОБ ЛЮДИНИ	43
Корнаш І.І., Брич В.В. ВІДМОВА ВІД ГРУДНОГО ВИГОДОВУВАННЯ ЯК ПРОБЛЕМА ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я.....	46

Лілеєва А.А., Дуб М.М. НАДЛИШКОВА МАСА ТІЛА ТА ОЖИРІННЯ ЯК ГЛОБАЛЬНА ПРОБЛЕМА ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я	50
Лісецька І. С. ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ ПРАКТИЧНИХ НАВИЧОК У СТУДЕНТІВ ПРИ ВИКЛАДАННІ ДИТЯЧОЇ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ СТОМАТОЛОГІЇ.....	52
Лисунець О. В. РОЛЬ ФАХІВЦІВ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В ПРОФІЛАКТИЦІ ЗАХВОРЮВАНЬ ЩИТОВИДНОЇ ЗАЛОЗИ.....	55
Махновська І.Р., Галушко Ю.Р., Куценко Н.Л. СЕКСУАЛЬНА ОСВІТА ТА СТАТЕНЕ ВИХОВАННЯ МОЛОДІ ЯК ОДИН ІЗ МЕТОДІВ ПРОФІЛАКТИКИ ІНФЕКЦІЙ, ЩО ПЕРЕДАЮТЬСЯ СТАТЕНИМ ШЛЯХОМ	58
Махновська І.Р., Кубицька К.В., Куценко Н.Л. АНАЛІЗ ПОШИРЕНОСТІ ТЮТЮНОПАЛІННЯ В УКРАЇНІ ПІД ЧАС ВІЙНИ ТА ЙОГО НАСЛІДКИ ДЛЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ.....	62
Медведовська Н. В., Стовбан І. В. ЗНАЧЕННЯ ПРОФІЛАКТИЧНИХ ТА ДІАГНОСТИЧНИХ ЛАБОРАТОРНИХ ОБСТЕЖЕНЬ ДЛЯ ЗБЕРЕЖЕННЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ..	66
Меденцій Ю.І., Брич В.В. ВЖИВАННЯ НІКОТИНУ СЕРЕД ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ РІЗНИХ КРАЇН.....	70
Мосійчук І.В., Гришук С.М. МЕДИЧНА ТА ПСИХОЛОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ЛЮДЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ: РОЛЬ ФАХІВЦІВ ТА ГРОМАДИ.....	73
Мухтарова А.-Т., Мальцева О. Б. ПІДГОТОВКА СПЕЦІАЛІСТІВ ДО ЗБЕРЕЖЕННЯ ТА ЗМІЦНЕННЯ ЗДОРОВ'Я ОСІБ СТАРШИХ ВІКОВИХ ГРУП, ПРОФІЛАКТИКИ САМОРУЙНІВНОЇ ПОВЕДІНКИ.....	77
Нємцова Т. С. АНАЛІЗ СТАНУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я МАТЕРІ І ДИТИНИ В УКРАЇНІ.....	81
Окіпна І.Г., Березюк Ю.В. СТРАТЕГІЧНІ НАПРЯМКИ РОБОТИ ЦЕНТРІВ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я ЩОДО ПРОФІЛАКТИКИ ОРГАНІВ ДИХАННЯ.....	86
Панасюк О.В. РОЛЬ СПІЛКУВАННЯ ТА НАВЧАННЯ У ПРОФЕСІЙНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ-МАГІСТРА.....	93
Слабкий Г.О., Миронюк І. С., Рябінчук М. В. АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ АДАПТАЦІЇ КОМПЕТЕНЦІЙ ФАХІВЦІВ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ ДО ЄВРОПЕЙСЬКОЇ РАМКИ КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ ДЛЯ ПРАЦІВНИКІВ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я.....	98
Сокирко Т.І. ОСНОВНІ ЗАСАДИ ПРОФІЛАКТИКИ МЕЛАНОМИ ШКІРИ В СИСТЕМІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я.....	101

Сопилюк Д.С., Сабадош М.В., Урбан Н.М. ПІДСИЛЮВАЛЬНА ТА АЛЬТЕРНАТИВНА КОМУНІКАЦІЯ: ДІТИ З РОЗЛАДАМИ АУТИЗМУ.....	104
Стеблюк Е. Е., Дубовенко Д. О. ПОДОЛАННЯ СТРЕСУ В УМОВАХ ВІЙСЬКОВОГО СТАНУ.....	106
Степанюк Т.М., Шудренко О.Т. ПРОФІЛАКТИКА ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ В УМОВАХ ВОЄННОГО ЧАСУ.....	109
Трикиша О.В., Антонов О.В. ПОШИРЕНІСТЬ ТА ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ ОЖИРІННЯ СЕРЕД РІЗНИХ КАТЕГОРІЙ НАСЕЛЕННЯ.....	113
Чернишева А.М., Гаяш О.В. ГРА ЯК ЗАСІБ АКТИВІЗАЦІЇ ПІЗНАВАЛЬНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ МОЛОДШИХ ШКОЛЯРІВ З ІНТЕЛЕКТУАЛЬНИМИ ПОРУШЕННЯМИ НА УРОКАХ «Я ДОСЛІДЖУЮ СВІТ».....	117
Шигонська Н.В., Зінкевич К.Є. ПІДХОДИ В ОРГАНІЗАЦІЇ ІМУНОПРОФІЛАКТИКИ У ГРОМАДСЬКОМУ ЗДОРОВ'Ї.....	120
Шудренко О. Т., Мельник С. А. ВПЛИВ АГЕНТІВ БІОЛОГІЧНИХ ЗАГРОЗ НА ЗДОРОВ'Я ФАХІВЦІВ МЕДИКО-БІОЛОГІЧНИХ ЛАБОРАТОРІЙ	122
Щербініна Н. С. ОЦІНКА ЕКОНОМІЧНОЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОФІЛАКТИЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ В ГРОМАДСЬКОМУ ЗДОРОВ'Ї (У РАМКАХ МІЖДИСЦИПЛІНАРНОГО КОНТЕКСТУ ПРОФЕСІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ МАГІСТРІВ).....	126
Юр Л.С., Гордійчук С.В., Гаріфулліна Н.В. ОРГАНІЗАЦІЯ ОСВІТНЬОГО СЕРЕДОВИЩА У ФАХІВЦІВ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я.....	129