

8. Divison TEACCH training manual, revised January 1998/ Chapel Hill//NYC//www.unc.edu/depts/teach.
9. Visual Supports for People with Autism: A Guide for Parents and Professionals (Topics in Autism) by Marlene J. Cohen Paperback, Woodbine House Inc., 2005. – 226 p.
10. Watson L., Lord C., Schaffer B., Schopler E. Teaching Spontaneous Communication to Autistic and Developmentally Handicapped Children, Irving stone publisher, N.Y., 1989.
11. Шоплер Э. Поддержка аутичных и отстающих в развитие детей (0-6 лет) : сборник упражнений для специалистов и родителей по программе TEACCH / Шоплер Э., М. Ланзинд, Л.Ватерс. – Минск: Издательство Бел АПДИ “Открытые двери”, 1997. – 152 с.

*Мелега К.П., Мальцева О.Б., Русин Л.П.*

## **Підвищення рухової активності молоді як превентивна стратегія зниження ризику розвитку неінфекційних захворювань у дорослому віці**

**ДВНЗ «Ужгородський національний університет»,  
факультет здоров'я та фізичного виховання, кафедра основ здоров'я**

**Вступ.** XXI століття відзначається значним поширенням у більшості країн світу неінфекційних захворювань (НІЗ), які становлять велику небезпеку для громадської охорони здоров'я та підривають соціальний і економічний розвиток в усьому світі [8]. ВООЗ засвідчує, що щороку від НІЗ помирає 41 млн чоловік, що становить 71% усіх випадків смерті у світі. У структурі смертності від НІЗ найбільша частка припадає на серцево-судинні захворювання (17,9 млн людей); 9 млн випадків смертей припадає на ракові захворювання, 3,9 млн випадків на респіраторні захворювання та 1,6 млн випадків на цукровий діабет. На ці чотири групи захворювань припадає 81% усіх випадків смерті від НІЗ [3]. За прогнозами експертів, при збереженні нинішніх тенденцій до 2030 р. епідемія НІЗ буде щорічно забирати 52 млн людських життів. Зниження тягаря НІЗ у загальноосвітньому масштабі є головним пріоритетом і необхідною умовою для сталого розвитку [8].

Основними факторами, які збільшують ризик захворювання і смерті від НІЗ, є тютюнопаління, недостатня фізична активність (ФА), зловживання алкоголем та нездорове харчування. Гіподинамія серед цих факторів займає особливе місце. Недатна ФА за даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) вважається четвертим з найважливіших факторів ризику, визнаних причинами смерті в глобальному масштабі (на її частку припадає 6% від загальної кількості випадків смерті у світі). 1,6 млн. випадків смерті в рік можна визнати пов'язаними з недостатнім рівнем ФА [3, 4]. За оцінками фахівців, фізична інертність є основною причиною близько 21-25% випадків захворювань на рак молочної залози й товстої кишки, 27% випадків захворювання на діабет і близько 30% випадків захворювання на ішемічну хворобу серця (ІХС) [4, 6]. Тому «Глобальний план дій ВООЗ з профілактики неінфекційних захворювань і боротьби з ними на 2013–2020 рр.», прийнятий у 2013 р. на Всесвітній асамблеї охорони здоров'я, передбачає відносно скорочення поширеності недостатньої ФА на 10% [7].

В Указі Президента України «Про національну стратегію з оздоровчої рухової активності в Україні на період до 2025 року "Рухова активність – здоровий спосіб життя – здорова нація" [10] відмічено, що для більшої частини дорослого населення України характерною є гіпокінезія. Серед дітей зростає популярність малорухомого способу проведення дозвілля. Результати всеукраїнського опитування свідчать, що на початку XXI століття достатній рівень оздоровчої рухової активності (не менше 4–5 занять на тиждень тривалістю одного заняття не менше 30 хвилин) мали лише 3% населення віком від 16 до 74 років, середній рівень (2–3 заняття на тиждень) – 6%, низький рівень (1–2 заняття на тиждень) – 33% населення. Численними науковими дослідженнями доведено, що рухова активність значною мірою сприяє дотриманню людиною здорового способу життя (ЗСЖ), а також в окремих випадках зменшенню негативного впливу на організм шкідливих звичок, підвищенню стресостійкості та відволікає від асоціальної поведінки. Рухова активність є генеруючим та стимулюючим чинником у системі ЗСЖ, має важливе значення для вдосконалення фізичного розвитку і підготовленості особи, профілактики надмірної маси тіла та ожиріння, а також сприяє зменшенню ризику виникнення серцево-судинних захворювань, діабету, остеопорозу, окремих онкологічних захворювань та депресії. Разом з тим, загальновідомо, що дотримання ЗСЖ з метою збереження та зміцнення здоров'я є у п'ять разів ефективнішим, ніж лікувально-діагностичні процедури. За інформацією ВООЗ, співвідношення витрат і прибутків від виконання програм ЗСЖ становить 1 до 8. Тому зменшення згубного впливу гіподинамії на стан здоров'я, особливо молоді, є актуальним завданням, оскільки дозволить знизити ризик розвитку НІЗ, особливо, серцево-судинних у дорослому віці.

**Мета роботи** – визначити вплив оздоровчих аеробних тренувань на рівень потенціалу фізичного здоров'я та адаптаційного потенціалу системи кровообігу студенток ДВНЗ «УжНУ».

**Матеріали та методи.** Дослідження проведено на базі реабілітаційного центру ДВНЗ «УжНУ». Проведено анкетне опитування 65 дівчат-студенток 1-2 курсів різних факультетів вишу з метою визначення рівня їх ФА (на основі міжнародного адаптованого опитувальника загальної практики (GPPAQ) [11] та самооцінки здоров'я. Студентки були розподілені на 4 групи залежно від рівня ФА: 1) неактивні; 2) помірно неактивні; 3) помірно активні; 4) активні. На основі антропометричних вимірювань (ріст, маса тіла, індекс маси тіла (ІМТ)) та функціональних обстежень (пульс, артеріальний тиск (АТ)) визначали потенціал фізичного здоров'я (ПФЗ) за методикою Є.А. Пирогової [9] та адаптивний

потенціал (АП) системи кровообігу за методикою Р.М. Баєвського [2]. У 22 (33,8%) студенток, які за рівнем ФА віднесені до неактивних (ведуть сидячий спосіб життя, відсутні фізичні навантаження або їзда на велосипеді), визначали динаміку показників ПФЗ та АП під впливом додаткових регулярних 1,5-годинних фітнес-тренувань аеробного характеру (3 рази в тиждень) упродовж 12-ти тижневого терміну.

**Результати дослідження.** На основі проведених досліджень встановлено, що серед дівчат 1-ї групи (фізично неактивні) найчастіше виявляється надлишкова маса тіла – у 4 (18,2%) обстежених, тоді як у студенток інших груп реєструється переважно нормальна маса тіла. Результати самооцінки стану здоров'я свідчать про те, що більшість студенток 1-ї групи вважають свій стан здоров'я задовільним (50%) або поганим (22,7%), і лише 27,3% респондентів оцінюють його як добрий. У студенток з низьким рівнем рухової активності на початку досліджень виявлялись найнижчі показники індексу ПФЗ (на рівні  $0,18 \pm 0,03$  балів проти  $0,76 \pm 0,02$  балів у дівчат з високим рівнем ФА ( $p < 0,001$ )). Показник АП виявлявся на рівні  $3,34 \pm 0,06$  балів (проти  $1,75 \pm 0,08$  балів у дівчат з високим рівнем ФА ( $p < 0,001$ )), що свідчить про незадовільну адаптацію та вказує на необхідність підвищення адаптаційних можливостей серцево-судинної системи. Після проведеного курсу оздоровчих занять танцювальної аеробіки студентки відмічали покращення загального самопочуття, у двох студенток знизилась маса тіла у середньому на 3 кг. Відмічено суттєве підвищення (у 2,1 разу) порівняно з вихідним рівнем індексу ПФЗ – до  $0,38 \pm 0,02$  балів ( $p < 0,001$ ), що свідчить про середній рівень, а також зниження АП (на 26,7%) – до  $2,45 \pm 0,07$  балів ( $p < 0,001$ ), що свідчить про кращу пристосованість до фізичних навантажень, яка досягається, однак, за рахунок функціонального напруження механізмів адаптації. Тому для досягнення оптимального ефекту і підтримання високого рівня соматичного здоров'я аеробні тренування слід продовжувати на постійній основі.

Отримані результати підтверджують той факт, що регулярна ФА з використанням великих м'язових груп, якими є будь-які аеробні тренування, поліпшує серцево-судинну адаптацію, підвищує толерантність до фізичного навантаження, витривалість і м'язову силу. У «Глобальних рекомендаціях з фізичної активності для здоров'я» (2010 р.), які сфокусовані на первинну профілактику НІЗ за допомогою ФА, зазначено, що дорослі люди у віці 18-64 років повинні приділяти ФА помірної інтенсивності не менше 150 хв у тиждень або ФА високої інтенсивності не менше 75 хв у тиждень, причому, збільшення цієї норми вдвічі принесе додаткову користь для здоров'я [4]. Важливо відзначити, що оздоровча рухова активність сприяє також розвитку економіки і суспільства загалом. За інформацією ВООЗ, відсутність належної рухової активності призводить до економічних збитків у розмірі 150–300 євро на одну особу за рік [10]. Фактичні дані свідчать про те, що такі заходи є відмінними економічними інвестиціями, тому що вони, при їх своєчасному проведенні, можуть зменшувати необхідність в дорогому лікуванні.

Професор Г.Л. Апанасенко (2013) [1] наголошує на тому, що чим потужніші та ефективніші аеробні механізми енергоутворення, які в значній мірі залежать від окисної потужності мітохондрій, тим вищі резерви енергопотенціалу біосистеми, тим вищий рівень життєздатності. Таким чином, існує «безпечний» рівень здоров'я, вище якого не визначаються ні ендogenous фактори ризику, ні маніфестні форми захворювань; при виході індивіда з «безпечної» зони здоров'я відзначається феномен «саморозвитку» патологічного процесу; при підвищенні аеробних можливостей енергоутворення відбувається зворотний розвиток ендogenous факторів ризику ішемічної хвороби серця (ІХС); повернення індивіда в «безпечну зону» здоров'я можна трактувати як «превентивну реабілітацію». Отже, є всі підстави для обґрунтування основного принципу нової концептуальної моделі індивідуальної первинної профілактики ІХС та інших НІЗ: керування здоров'ям індивіда. Усі керуючі дії повинні бути спрямовані на підвищення потужності та ефективності аеробних механізмів енергоутворення (фізичні аеробні і гіпоксичні тренування, адаптогени, деякі східні дихальні техніки та ін.).

**Висновки.** Проведеними дослідженнями встановлено, що регулярні оздоровчі аеробні тренування студенток з низьким вихідним рівнем фізичної активності, дозволяють суттєво підвищити потенціал фізичного здоров'я та адаптаційний потенціал серцево-судинної системи. Стимулювання рухової активності молоді шляхом інтенсифікації оздоровчих занять фізичними вправами належить до доступних і ефективних способів зменшення негативного впливу гіподинамії на організм та сприятиме зменшенню ризику розвитку неінфекційних захворювань, насамперед, серцево-судинних, у дорослому віці.

### Список використаної літератури

1. Апанасенко Г.Л. Санология в развитии профилактики хронических неинфекционных заболеваний. Здоров'я суспільства. 2013. № 2. С. 77-81.
2. Баевский Р.М., Берсенева А.П. Донозологическая диагностика в оценке состояния здоровья. В кн.: Валеология: диагностика, средства и практика обеспечения здоровья. СПб.: Наука, 1993. С. 33-48.
3. Всемирная организация здравоохранения / Центр СМИ / Информационные бюллетени / Неинфекционные заболевания (1 июня 2018 г.) URL: <http://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases> (дата звернення: 01.11.2018).
4. Глобальные рекомендации по физической активности для здоровья, 2010. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2010.
5. Глобальный план действий ВОЗ по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними, 2014. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2014.
6. Глобальные факторы риска для здоровья: смертность и бремя болезней, обусловленные некоторыми основными факторами риска, 2015. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2015.
7. Глобальный план действий ВОЗ по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними, 2014. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2014.

8. Доклад о ситуации в области неинфекционных заболеваний в мире, 2014. "Достижение девяти глобальных целей по НИЗ, общая ответственность". Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2014.
9. Пирогова Е.А. Совершенствование физического состояния человека. Киев, 1989. 168 с.
10. Указ Президента України «Про національну стратегію з оздоровчої рухової активності в Україні на період до 2025 року "Рухова активність – здоровий спосіб життя – здорова нація" (від 9 лютого 2016 року № 42/2016). URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/42/2016#n14> (Дата звернення 01.11.2018 р.).
11. Department of Health: The general practice physical activity questionnaire (GPPAQ): a screening tool to assess adult physical activity levels within primary care. London: Department of Health, 2009. 21 p.

Погоріляк Р.Ю., Слабкий Г.О.

## Стан здоров'я населення як важливий чинник кадрової політики

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет», медичний факультет №2, ФПОДП*

**Вступ.** Необхідною умовою для соціально-економічного розвитку країни є високий рівень громадського здоров'я населення.

Здоров'я та якість життя окремих людей і популяції у цілому визначається складним набором взаємопов'язаних факторів, тому питання щодо зміцнення здоров'я і благополуччя населення не можуть обмежуватися тільки сектором охорони здоров'я і вимагає мультисекторального підходу, а саме активної участі і залучення інших секторів суспільства на всіх етапах процесу, спрямованого на підвищення якості життя та зміцнення здоров'я [3].

На даному етапі розвитку системи охорони здоров'я проводяться системні зміни у всіх сферах життя суспільства і держави, а саме соціального, економічного та політичного, що зумовлено інтеграцією України в європейський простір. Реформи стали ключовою ознакою перетворень [1]. Всі реформи мають бути направлені на підтримання та покращення здоров'я населення. Нова європейська політика щодо здоров'я вимагає критичного перегляду існуючих механізмів управління охороною здоров'я, удосконалення політики охорони здоров'я, розвитку структур громадського здоров'я, пріоритету надання медико-санітарної допомоги, впливу на провідні чинники ризику [3].

Характерною особливістю державотворення в сучасній Україні є також якість і доступність медичної допомоги населенню країни, які залежать від рівня забезпеченості закладів охорони здоров'я медичними працівниками та їх професійного рівня, тому реалізація ефективної кадрової політики в системі охорони здоров'я є важливим інструментом [2].

Україна належить до країн Європейського регіону із незадовільними показниками здоров'я та низькими показниками середньої очікуваної тривалості життя.

**Метою** дослідження стало вивчення окремих показників стану здоров'я населення на регіональному рівні протягом 1995-2017 років.

**Матеріали та методи.** В рамках дослідження було проаналізовано ряд звітів (форми №12, 20, 21-а) Закарпатської області загалом та по її районах в динаміці протягом 1995-2017 років.

**Результати.** Протягом 1995-2017 років для досліджуваної області характерною є депопуляція, а саме: зниження загальної чисельності на 2,6%, особливо серед міського населення (на 6,5%), а також зменшення частки дитячого населення (на 62,2 тис. осіб) та осіб старших вікових груп (на 25,3 тис. осіб).

Вікова структура населення Закарпатської області характеризується позитивними рисами. Внаслідок збереження народжуваності на досить високому рівні область має низький рівень постаріння і відмічається прогресивний тип вікової структури населення на відміну від регресивного, який є характерним для України загалом.

Середній вік проживання на регіональному рівні (37 років) є нижчим як загалом по Україні (41,1 року), так і серед обидвох статей (чоловіки – 35,0 років (в Україні – 38,3 року); серед жінок – 38,8 року (в Україні – 43,5 року)).

Як показав аналіз досліджень, для Закарпатської області характерним є високий сумарний коефіцієнт народжуваності (1,4–1,5 дитини на одну жінку), переважання рівня народжуваності в сільських поселеннях, а також в передгірській та гірській ландшафтних зонах. Це може бути пов'язано із дотриманням національних традицій, релігійних вподобань та традицій дводітності, які демонструють найменші в Україні показники поширеності абортів, з удвічі нижчою за український рівень часткою позашлюбної народжуваності.

Рівень смертності на регіональному рівні є нижчим (11,5‰), ніж в Україні загалом (13,5‰), проте високим, проте значно вищим ніж по країнам Європейського союзу. Характерним є переважання смертності серед сільського населення, а також серед населення гірської ландшафтної зони (13,0‰), в порівнянні з низинною та передгірською (11,8‰ та 11,7‰ відповідно). Викликає занепокоєння переважання частки смертності серед працездатного населення на регіональному рівні (19,7%), відповідна частка по Україні -18,3%, а також в 2,5 рази переважання смертності чоловіків над жінками працездатного віку.

Як вважають вітчизняні за зарубіжні фахівці, одним з найвідчутніших індикаторів суспільно-економічного благополуччя є показник смертності дітей віком до 1 року. Якщо загальний рівень смертності в області є нижчим за узагальнений по Україні, то рівень смертності немовлят (10,8‰) викликає занепокоєння, оскільки є вищим за національний показник (7,4‰). Найвищий рівень як загальної, так і дитячої смертності відмічається в гірській місцевості, що вказує на низьку доступність та якість медичного обслуговування та нерівний доступ різних верств населення до послуг охорони здоров'я.