

ISSN 2415–8763

**Економіка і право  
охорони здоров'я**

**№ 2 (12), 2020**

## Економіка і право охорони здоров'я

№ 2 (12), 2020

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

ПЕРІОДИЧНІСТЬ ВИХОДУ – 2 рази на рік

ЗАСНОВАНИЙ – грудень 2014 року

### ЗАСНОВНИКИ

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

**ГОЛОВНИЙ РЕДАКТОР** – Слабкий Г.О.

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

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

**ДИЗАЙН І ВЕРСТКА** – Кривенко Є.М.

**ГОЛОВА СЕКРЕТАРІАТУ** – Дудник С.В.

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

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

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

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

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

Журнал включено до Переліку наукових фахових видань

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

Рекомендовано до друку Вченою радою  
ДУ «Український інститут стратегічних досліджень  
МОЗ України» (протокол № 3 від 06.03.2020 р.)

#### АДРЕСА РЕДАКЦІЇ:

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

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

Підписано до друку 10 березня 2020 р.  
Загальний наклад 100 прим. Зам. № 10//06/01

#### ВИДАВЕЦЬ:

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

#### ВИДАВНИК:

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

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

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

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

## ЗМІСТ

## РЕДАКТОРСЬКА СТАТТЯ

<i>Слабкий Г.А., Миронюк И.С., Билак-Лукьянчук В.И., Маркович В.П., Яцина А.Т., Гуцол И.Я., Фейса И.И.</i> <b>Социальные детерминанты и ресурсы здоровья в Основах Европейской политики и стратегии для XXI века: Здоровье 2020</b>	5
--	---

## ОРИГІНАЛЬНІ СТАТТІ

<i>Дуб М.М., Брич В.В.</i> <b>Використання мультимедійних засобів для підвищення рівня теоретичних знань студентської молоді з питань здорового способу життя</b>	7
--	---

<i>Прокопів М.М.</i> <b>Результати дослідження якості медичної допомоги пацієнтам з церебральними інсультами</b>	11
---	----

<i>Якимець В.М., Печиборщ В.П., Долгий М.Л., Макаренко А.М., Никоненко А.В.</i> <b>Шляхи удосконалення навчання із домедичної допомоги</b>	15
---	----

<i>Якимець В.М., Савицький В.Л., Огороднійчук І.В., Якимець В.В.</i> <b>Стан навколишнього природного середовища на сході України в результаті збройного конфлікту</b>	22
---	----

<i>Каратавцев Р.Л.</i> <b>До питання забезпечення закладів охорони здоров'я високовартісним обладнанням</b>	25
--	----

<i>Чернявський В.В.</i> <b>Аналіз сучасної медичної реформи в стоматологічній сфері України</b>	28
--	----

## ОГЛЯДОВІ СТАТТІ МАГІСТРІВ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

<i>Ковач М.А.</i> <b>Оцінка епідеміологічної ефективності імунопрофілактики вірусного гепатиту В в Україні та в Закарпатській області</b>	30
--	----

<i>Свадеба О.О.</i> <b>Рівень санітарної освіти міського населення, як фактор формування відповідального ставлення до особистого здоров'я та шляхи його підвищення в системі громадського здоров'я</b>	35
---	----

<i>Йовбак М.І.</i> <b>Характеристика інтернет-залежностей студентської молоді та її вплив на якість життя та рівень навчання</b>	39
---	----

<i>Морека Д.М.</i> <b>Інфекції, що передаються статевим шляхом: епідеміологія та профілактика, як важлива проблема громадського здоров'я</b>	44
---	----

<i>Дудаш Г.В.</i> <b>Інформативно-комунікативні технології в профілактичній діяльності системи охорони здоров'я</b>	48
--	----

<i>Леньо Д.М.</i> <b>Аналіз захворюваності та смертності населення Закарпатської області внаслідок вживання психоактивних речовин</b>	53
--	----

<i>Довганіч Є.М.</i> <b>Рівень санітарної освіти населення, як фактор формування відповідального ставлення до особистого здоров'я та шляхи його підвищення в системі громадського здоров'я</b>	56
---	----

<i>Лизанець М.В.</i> <b>Закарпаття як ендемічна зона з йододефіциту, його вплив на стан здоров'я населення та шляхи подолання в системі громадського здоров'я в сучасних умовах</b>	<b>61</b>
<i>Дидяк М.М.</i> <b>Поширення туберкульозу в Закарпатській області</b>	<b>65</b>
<b>МАТЕРІАЛИ КОНФЕРЕНЦІЇ «АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я» (20 ЛЮТОГО 2020 РОКУ, М. УЖГОРОД)</b>	
<i>Слабкий Г.А., Миронюк І.С., Брич В.В., Билак-Лукьянчук В.И., Потокий Н.И.</i> <b>Основы Европейской политики и стратегия для XXI века: здоровье, факторы образа жизни и поведения</b>	<b>70</b>
<i>Фейса І.І., Кручаниця В.В., Гуцол І.Я., Яцина А.Т.</i> <b>До питання викладання біостатистики в процесі підготовки магістрів громадського здоров'я</b>	<b>71</b>
<i>Маркович В.П.</i> <b>Якість продуктів харчування як одна із детермінант громадського здоров'я</b>	<b>71</b>
<i>Дуб М.М.</i> <b>Оцінка рухової активності та дієздатності студенток з ожирінням</b>	<b>72</b>
<i>Іваць-Чабіна А.Р.</i> <b>Вивчення рівня теоретичної і практичної підготовки лікарів загальної практики-сімейних лікарів, як спеціалістів базового рівня надання медичної допомоги для забезпечення комплексної реабілітації цільових груп прикріпленого населення</b>	<b>73</b>
<i>Крись М.Є., Лілеєва А.А.</i> <b>Модифікація способу життя як засіб профілактики гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби</b>	<b>74</b>
<i>Шепелла Г.Л., Попович А.В.</i> <b>Порушення режиму праці і відпочинку як чинник виникнення порушень психоемоційного стану у старшокласників</b>	<b>75</b>

## **Социальные детерминанты и ресурсы здоровья в Основах Европейской политики и стратегии для XXI века: Здоровье 2020**

*ГВУЗ «Ужгородский национальный университет», г. Ужгород, Украина*

### **ВСТУПЛЕНИЕ**

В 2012 году Европейское бюро ВОЗ приняло Основы европейской политики и стратегии для XXI века: Здоровье 2020. Стратегия Здоровье-2020 – это стратегическая основа политики, основанная на ценностях и фактических данных, в поддержку здоровья и благополучия жителей Европейского региона ВОЗ. В стратегии отражены основные проблемы в области здравоохранения, а также возможности для улучшения здоровья населения при соблюдении принципа социальной справедливости, так же приведены веские политические, социальные и экономические аргументы в пользу действий в области здравоохранения, которые выстроенные в соответствии с ключевыми стратегическими задачами и приоритетами.

**Цель** – определить значение социальных детерминант и ресурсов здоровья в Основах Европейской политики и стратегии для XXI века: Здоровье 2020.

### **РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ**

Повышение устойчивости к внешним негативным воздействиям рассматривается в стратегии как ключевой фактор в защите и укреплении здоровья населения как на индивидуальном, так и на общественном уровне. Здоровье любого человека который проживает в регионе тесно связано со здоровьем сообщества. При этом местные общины играют ключевую роль в осуществлении мер по сохранению и укреплению здоровья и профилактике болезней, а также в обеспечении полноценного включения людей, которые страдают хроническими заболеваниями, и людей-инвалидов с ограниченными возможностями в социальную жизнь общества. Эта роль формируется под влиянием комплексных взаимоотношений между различными существующими факторами природной, искусственной и социальной среды. Нужно отметить, что стратегические меры, направленные на оздоровление условий среды и помогают сообществам и их членам активно пользоваться закрепленными правами и возможностями в интересах поддержания личного и общественного здоровья.

ВОЗ отмечает, что в условиях быстро меняющейся окружающей среды важным в поддержании здоровья людей является постоянное сосредоточение всех усилий на улучшении условий их жизни и труда. При этом на макроуровне социально-экономическая политика государств должна создавать такие условия внешней среды, при которых люди, независимо от периода жизни,

имели бы больше возможностей максимально реализовать свой потенциал здоровья. На микроуровне проживания весьма действенными могут быть меры, проводимые в конкретных социальных условиях, в которых люди живут, работают, общаются и отдыхают – дома, в школе, на работе, в местах проведения досуга, в домах престарелых. ВОЗ приводит множество примеров того, как необходимо вырабатывать устойчивость, путем привлечения местного населения и формирования коллективной ответственности по вопросам сохранения и укрепления здоровья, поддерживает движение «Здоровые города и сообщества». Подобный опыт демонстрируют и другие сети по различным типам средовых условий, такие как сети школ и рабочих мест, содействующих укреплению здоровья. Отмечается, что важными местами первого контакта являются службы медицинской и социальной помощи, в первую очередь службы первичной медико-санитарной помощи, непосредственно работающие с семьями на дому, с работниками на предприятиях и службы общественного здоровья, которые работают с определенными группами людей в местных сообществах в течение всей их жизни и особенно в критические периоды [1, 2].

ВОЗ отмечает, что возможности людей зависят от их собственной инициативы: путем наращивания личных полномочий и использования ними собственных ресурсов, с использованием внешних структур, а также благоприятных жизненных обстоятельств. При этом местные сообщества могут поддерживать отдельных людей и пациентов, путем создания социальных сетей и мобилизуя социальную поддержку, что в совокупности укрепляет сплоченность людей и способствует их поддержке в критические периоды жизни и в периоды болезни и уязвимости. Местные сообщества должны обеспечивать отдельным людям, а также группам людей и жителям микрорайонов структуры, ресурсы и возможности с тем, чтобы они могли объединяться в сети, становиться более организованными и укреплять потенциал здоровья вместе с другими действующими субъектами, а также вырабатывать навыки лидерства и брать на себя ответственность за свое здоровье и за свою жизнь. ВОЗ отмечает, что в последние годы были разработаны инструменты и накоплен практический опыт в данной области. По проблемам ресурсов здоровья и наращивания «прочности» сообществ приведен ряд примеров в литературе [3, 4]. Цель этих инноваций заключается в помощи гражданам и местным сообществам выявлять доступные ресурсы для надежного решения задач и обеспечивать более эффективное использование внешней поддержки со стороны социальных служб и др. ВОЗ приводит пример, что созданный в Шотландии

Альянс ресурсов (Assets Alliance) служит платформой для обмена ресурсами и помощи правительству Шотландии и национальным агентствам в разработке политики в сфере сохранения здоровья людей [5].

Полезное значение для здоровья и социальной справедливости также имеет наличие адекватной системы социальной защиты. Расходы государства на социальные нужды населения оказывают существенное влияние на уровень бедности, который, в свою очередь, ассоциируется с более высокой смертностью, особенно женщин и детей и в первую очередь – женщин с низким уровнем образования. Социальная защита влияет и на здоровье взрослых, особенно в странах с низким и средним уровнем доходов.

Принцип общегосударственной ответственности за охрану здоровья населения требует, чтобы при использовании мер нормативно-правового регулирования серьезным образом учитывалось, какие последствия они будут иметь для здоровья людей [6]. Сохраняющиеся и зачастую нарастающие социально и экономически детерминированные проявления несправедливости в отношении здоровья населения требуют принятия комплексных мер и системного подхода [7, 8]. ВОЗ указывает, что необходимы твердая политическая приверженность, эффективные системы здравоохранения, показывающие высокие результаты своей деятельности, и согласованность всех секторов государственной политики, а также безупречно функционирующие институты, способные влиять на формирование политики в сфере здравоохранения и в других стратегически важных секторах. Обеспечение систематической целенаправленности государственных стратегий и частных инициатив и рациональная организация финансовых, кадровых и экологических ресурсов позволяют мобилизовать усилия на улучшение здоровья населения и его благополучия и добиться справедливого распределения соответствующих показателей в обществе [9–11].

ВОЗ также указывает, что важнейшей целью политики должно быть поддержание уровня жизни населения, необходимого для того, чтобы быть здоровым. При этом фактические данные показывают, что расходы на социальные нужды населения больше в тех странах, где государственная политика социальной защиты носит более всеохватывающий характер и где выше доля работающего населения. Для обеспечения эффективной социальной защиты населения ВОЗ рекомендует следующие конкретные меры: обеспечение доступа женщин и детей к доходу, необходимому для их здоровой жизни; выделение достаточных средств на социальные нужды, особенно для поддержки женщин с низким уровнем образования населения; всеобщий доступ нуждающихся к эффективным услугам систем социальной защиты в странах с низким и средним уровнем доходов жителей; проведение программ активизации рынка труда, параллельно с мерами надежной социальной защиты населения, в целях содействия трудоустройству.

Для того чтобы воздействовать на социальные детерминанты здоровья и добиваться устранения социальных несправедливостей в отношении здоровья, ВОЗ рекомендует что в дополнение к государственным

мерам государствам для устранения существующих недостатков необходимо также направлять усилия на рациональное использование всех внутренних ресурсов и средств поддержки, которыми располагают местные сообщества и которые могут усилить и дополнить помощь, предлагаемую государственным сектором [12]. Многие программы, задуманные с намерениями укрепить здоровье населения и сократить обусловленную социальными причинами несправедливость в отношении здоровья людей, оканчиваются неудачей только потому, что они не строятся на таком общесистемном подходе.

Поскольку ресурсы здоровья связаны с социальными детерминантами, ВОЗ указывает, что подходы, предполагающие учет и использование ресурсов здоровья, способны преодолеть некоторые из имеющихся препятствий на пути к максимальному улучшению здоровья людей, повышению уровня их благополучия и сокращению несправедливостей в отношении здоровья. Отмечается, что такие подходы тесно связаны с моделями укрепления здоровья населения и вмешательств. В них придается особое значение укреплению защитных и благоприятствующих факторов для здоровья отдельных людей и сообществ. Для этого вырабатываются навыки и умения, сильные стороны, потенциал и знания отдельных людей и социальный капитал сообществ. В таких моделях акцент делается на выявление имеющихся ресурсов, которые позволяют защищать, сохранять и укреплять здоровье отдельных людей и сообществ. При этом целью является максимально эффективное использование имеющихся ресурсов для обеспечения надежного решения местных проблем, относящихся к здоровью людей, с тем, чтобы дать возможность более эффективного использования любой поддержки извне (например услуг по укреплению здоровья людей и повышению их благополучия) [13–15].

ВОЗ отмечает, что большое значение имеют также усилия, направленные на снижение уязвимости и ослабление процессов социального отторжения. Для того, чтобы дать возможность сообществу направить деятельность органов государственного управления и других ведомств на обеспечение здоровья и благополучия людей как коллективных целей общества, требуется более разумное управление. Для этого нужны современные структуры стратегического руководства и лидерства. Вместо того, чтобы создавать потенциал за счет поддержки извне, необходимо создавать такие социальные, политические и экономические системы, которые расширяют права и возможности всех членов общества, раскрепощают потенциал, имеющийся внутри организаций, профессиональных групп, местных сообществ, семей и малозащищенных групп населения. Для того, чтобы добиться расширения прав и возможностей населения, требуются самые разнообразные виды знаний и фактических данных, построенных на опыте и мнениях людей, входящих в соответствующие группы и сообщества.

Указанные подходы помогают перевести концепции и принципы в плоскость действий на местном уровне. При этом цель состоит в том, чтобы направить государственные инвестиции в местные сообщества, разумно используя их сильные стороны и ресурсы, чтобы

пробудить энтузиазм, повысить устойчивость к неблагоприятным внешним воздействиям и высвободить имеющийся потенциал [16]. Таким образом, основанные на учете и использовании ресурсов здоровья подходы являются неотъемлемой частью укрепления здоровья и становятся неотъемлемой частью стратегий улучшения здоровья населения и снижения социальных несправедливостей в отношении их здоровья [17, 18].

ВОЗ указывает, что если местные сообщества, семьи и отдельные граждане будут лучше информированы о существующих возможностях для осуществления изменений и получения поддержки, а также о том, что каждый человек может помочь в устранении препятствий на пути к лучшей и более здоровой жизни, это может дать больше свободы людям с нарушениями здоровья, особенно с хроническими заболеваниями и с ограниченными возможностями, и позволит им вносить значимый вклад в жизнь местного сообщества. Основная задача состоит в том, чтобы определить и усилить роли различных заинтересованных сторон и обеспечить надежное отслеживание хода работы и подотчетность. При этом ВОЗ указывает на следующие необходимые действия: привлечение объединений пациентов и членов их семей, осуществляющих уход, а также профильных неправительственных организаций к оказанию помощи пациентам и предоставление им поддержки за счет государственных средств; обеспечение поддержки на уровне местных сообществ, дающей людям возможность жить максимально самостоятельной жизнью; содействие созданию благоприятных условий для самостоятельного ведения болезни по месту работы; укрепление механизмов социальной поддержки населения по месту жительства, поощряющих вовлечение людей с хроническими заболеваниями и с ограниченными возможностями в жизнь общества; инициирование и финансирование программ противодействия стигматизации с целью изменения негативного отношения к людям с хроническими заболеваниями и с ограниченными возможностями. Перспективным и действенным подходом, обеспечивающим динамическое взаимодействие между людьми и средой, в которой они живут и трудятся, является повышение медико-санитарной грамотности. При этом речь идет об обучении и выработке умений населения по различным аспектам здоровья, включая навыки ориентирования среди комплексных социальных и медико-санитарных систем при решении вопросов, связанных со здоровьем. Работа по повышению медико-санитарной грамотности населения

требует внимания во все периоды жизни человека, учета культуральных и контекстуальных факторов и проводится как на индивидуальном уровне, так и в организациях.

Кроме этого ВОЗ отмечает, что неформальные помощники по уходу за тяжелобольными пациентами несут наибольшую нагрузку по оказанию помощи. Оказание помощи им самим в выполнении этой работы, обучение, а также защита их благополучия позволяет добиться положительных результатов для здоровья самих неформальных помощников по уходу и тех, кто находится на их попечении.

Основными мерами в этой связи ВОЗ отмечает: официальное признание труда неформальных помощников по уходу, предоставление им финансовой поддержки и пособий по социальному обеспечению; вовлечение неформальных помощников по уходу в процессы принятия решений по вопросам политики и услуг здравоохранения; организация посещений специалистами на дому и обеспечение регулярного общения между профессиональными и неформальными помощниками по уходу (включая оценку состояния здоровья неформальных помощников по уходу и безопасности их труда и применения технических вспомогательных средств); использование опыта работы неформальных помощников по уходу со своими подопечными в подготовке профессиональных патронажных работников; осуществление мер по охране психического здоровья неформальных помощников по уходу – например, предоставление возможности работать по гибкому графику и неполный рабочий день, создание программ взаимной поддержки и самопомощи, обучение и предоставление инструментов для оценки потребностей самих помощников в услугах охраны психического здоровья.

## ВЫВОДЫ

В Основах Европейской политики и стратегии для XXI века: здоровье 2020 Всемирная организация здравоохранения большое внимание уделяет вопросам соблюдения принципа социальной справедливости, также приводит веские политические, социальные и экономические аргументы в пользу действий в области здравоохранения, которые должны быть выстроенные в соответствии с ключевыми стратегическими задачами и приоритетами по сохранению и укреплению здоровья населения.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2008 г. Первичная медико-санитарная помощь – сегодня актуальнее, чем когда-либо. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2008 ([http://www.who.int/whr/2008/whr08\\_ru.pdf](http://www.who.int/whr/2008/whr08_ru.pdf)).
2. Gilson L et al. Challenging inequity through health systems. Final report of the Knowledge Network on Health Systems of the Commission on the Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization, 2007 ([http://www.who.int/social\\_determinants/resources/csdh\\_media/hskn\\_final\\_2007\\_en.pdf](http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/hskn_final_2007_en.pdf)).
3. Morgan A, Davies M, Ziglio E. Health assets in the global context. London, Springer, 2010.
4. United Nations Secretary – General's High-level Panel on Global Sustainability. Resilient people, resilient planet: a future worth choosing. New York, United Nations, 2012.

5. Assets Alliance Scotland. Edinburgh, LTCAS, Scottish Community Development Centre and the Scottish Government, 2011 (<http://www.scdc.org.uk/media/resources/news-and-events/Assets%20Alliance%20Scotland%20Event%2013%20Dec%202010%20Report.pdf>).
6. Резолюция WHA62.14 Всемирной ассамблеи здравоохранения “Уменьшение несправедливости в отношении здоровья посредством воздействия на социальные детерминанты здоровья”. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2009 ([http://apps.who.int/gb/or/r/r\\_wha62r1.html](http://apps.who.int/gb/or/r/r_wha62r1.html)).
7. Strand M et al. Setting the political agenda to tackle health inequity in Norway. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2009 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0014/110228/E93431.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0014/110228/E93431.pdf)).
8. Lim SS et al. Prevention of cardiovascular disease in high-risk individuals in low-income and middle-income countries: health effects and costs, *Lancet*, 2007, 370:2054–2062.
9. Governance and delivery for social determinants. Task group report, European review on social determinants of health. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
10. Kickbusch I, Gleicher D. Governance for health in the 21st century. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0019/171334/RC62BD01-Governance-for-Health-Web.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/171334/RC62BD01-Governance-for-Health-Web.pdf)). Стратегическое руководство в интересах здоровья в XXI веке: исследование, проведенное для Европейского регионального бюро ВОЗ. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2011 (документ EUR/RC61/Inf. Doc./6; [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/149971/RC61\\_rInfDoc06.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/149971/RC61_rInfDoc06.pdf)).
11. Brown C et al. Governance for SDH — appraisal tool. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010.
12. Комиссия по социальным детерминантам здоровья. Ликвидировать разрыв в течение жизни одного поколения. Соблюдение принципа справедливости в здравоохранении путем воздействия на социальные детерминанты здоровья. Заключительный доклад Комиссии по социальным детерминантам здоровья. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2009 ([http://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/ru/index.html](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/ru/index.html)).
13. Antonovsky A. Health, stress and coping. San Francisco, Jossey-Bass, 1979.
14. Antonovsky A. Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well. San Francisco, Jossey-Bass, 1987.
15. Morgan A, Ziglio E. Revitalizing the evidence base for public health: an assets model. *Promotion and Education*, 2007, 2(Suppl.):17–22.
16. Living Well across communities: prioritizing well-being to reduce inequalities. Manchester, NHS North West, 2010 (<http://www.nwph.net/hawa/writedir/a862Living%20Well.pdf.pdf>).
17. Brown C, Buzeti T. Placing social determinants of health on the regional development agenda: investment for health and development in Slovenia. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
18. A whole-of-government approach to reducing health inequalities: the Scottish experience. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

***Дата надходження рукопису до редакції:*** 21.01.2020 р.



## Використання мультимедійних засобів для підвищення рівня теоретичних знань студентської молоді з питань здорового способу життя

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

**Мета:** проаналізувати і систематизувати науково-методичну літературу щодо використання мультимедійних засобів серед студентської молоді для підвищення їх рівня теоретичних знань з питань здорового способу життя.

**Матеріали та методи:** аналіз і систематизація науково-методичної літератури.

**Результати.** Встановлено, що на сьогоднішній день використовується велика кількість сучасних мультимедійних засобів за різними методиками, спрямованих на формування засад здорового способу життя та мотивацію молоді до збереження здоров'я.

**Висновки.** Системний аналіз опрацьованих сучасних джерел дозволив встановити, що використання інформаційних технологій значно підвищує теоретичний рівень знань молоді з питань культури здоров'я, розширює діапазон дидактичних можливостей викладачів і тих, хто безпосередньо займається керуванням процесу формування засад здорового способу життя.

**Ключові слова:** студентська молодь, здоровий спосіб життя, мультимедіа засоби.

### ВСТУП

Однією із головних проблем сьогодення вчені вважають погіршення здоров'я як дорослого населення, так і молодого покоління. Саме сучасна молодь, відтак і студенти, не усвідомлюють значущість свого здоров'я як необхідної умови життя, нехтують елементарними нормами його піклування, обумовлюючи це низкою таких об'єктивних причин як збільшення навчального навантаження, погіршення екологічної ситуації, зниження матеріального добробуту та відсутність сформованої системи культури здоров'я в цілому [6]. Малий багаж знань з питань формування, збереження та зміцнення здоров'я призводить до появи функціональних відхилень, зростання соматичних захворювань та психічних розладів.

Освітній процес, що забезпечує впорядковане формування здорового способу життя спільно з розвитком інших якостей людини, додає індивідуальному розвитку межі цілеспрямованого процесу і є основним у залученні особистості до здорового способу життя. Пріоритетним в освітньому процесі на сьогоднішній день є застосування мультимедійних засобів, як одного з найвагоміших чинників впливу на формування здорового способу життя. Постає питання аналізу інформаційних технологій, які будуть підвищувати теоретичний рівень знань студентської молоді з питань здорового способу життя.

**Мета дослідження** – проаналізувати і систематизувати науково-методичну літературу щодо використання мультимедійних засобів серед студентської молоді для підвищення їх рівня теоретичних знань з питань здорового способу життя.

**Матеріали та методи:** аналіз і систематизація науково-методичної літератури.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Питанню розробки та впровадження мультимедійних технологій, які використовуються для

підвищення рівня теоретичних знань студентської молоді, щодо основ здорового способу життя, формування культури здоров'я, останнім часом присвячені праці багатьох фахівців. Серед основних шляхів мотиваційних установок на здоровий спосіб життя студентів, більшість наголошують саме на необхідності вирішення культурологічних, екологічних та особистісних завдань, які направлені на орієнтацію конкретного студента зокрема на формування активної особистості позиції в досягненні гармонійного розвитку особистості, формування збереження і зміцнення здоров'я, формування цінностей здорового способу життя використання, здоров'яформуючих та здоров'язберігаючих технологій та популяризацію здорового способу життя [2].

Мультимедіа сприяє стимулюванню когнітивних аспектів навчання, таких як сприйняття і усвідомлення інформації; підвищенню мотивації студентів; розвитку навичок спільної роботи і колективного пізнання у студентів [12].

В роботі М.А. Колоса [8] задля підвищення теоретичних знань серед студентської молоді розроблено та запропоновано інформаційно-методичну систему (ІМС) «Гармонія тіла», яка, як зазначає сам фахівець, дозволяє активно залучати студентів у діалоги зі своїми однолітками, що надає їм змогу обмінюватися знаннями і набути досвідом з досліджуваного питання.

Групу інтерактивних методів концепції формування здорового способу життя (ЗСЖ) студентів в процесі фізичного виховання з використанням інноваційних технологій запропонував С.М. Футорний. Основу розробленої ним методики становлять: міні-лекція, інформаційне повідомлення, презентація, «мозковий штурм», обговорення і дебати, рольова гра та метод проектів [10]. На його думку, в навчальний процес ефективним їх включенням сприяють саме інформаційні технології, зокрема використання електронної аудіо- і відеопрезентації, веб-проекування, електронного портфолію, які дозволяють якісно забезпечити студентів інформацією, формувати стійкий інтерес та підвищувати їх

мотивацію до занять, в тому числі й до занять з фізичного виховання. З метою забезпечення динаміки взаємин візуальних і вербальних елементів, автором розглядалася також технологія електронної аудіо- і відеопрезентації. Вона застосовувалася під час проведення міні-лекцій, інформаційного повідомлення, презентації та методу проєктів. В рамках годин самостійної роботи, студентам пропонується метод проєктів як конкурс за темами «Життя проти наркотиків» та «Роль рухової активності і природних сил природи в житті сучасної студентської молоді».

Технологія веб-проєктування застосовувалася фахівцем для створення зовнішнього мережевого ресурсу – розробленого освітнього веб-порталу «Здоровий спосіб життя», який за своїм змістом включав систематизовані теоретичні відомості про ЗСЖ, його користь, переваги та мотиваційної складової, комплексами фізичних вправ, спрямованих на зміцнення здоров'я [5]. Сайт, розроблений С.М. Футорним [10] складається з сторінки «Головна», на якій міститься інформацію про ЗСЖ; сторінки «Теорія», де представлений понятійний апарат й інформація про особливості сучасного підходу до формування ЗСЖ; сторінки «Практика», що включає комплекси фізичних вправ, спрямованих на організацію раціонального відпочинку, профілактику і боротьбу з перевтомою; і сторінки «Діагностика здоров'я», що дозволяє автоматично провести оцінку власного рівня здоров'я [4].

Застосування позначених фахівцем інтерактивних методів навчання розглядалося в рамках запропонованої авторською концепції як єдиного комплексу, основу якої становили інформаційні технології, що забезпечили синтез і дієвість методичного матеріалу, можливість його доступного викладу та подання студентам.

У роботі Н.Л. Голованової [3] задля підвищення теоретичних знань та практичних навичок майбутніх фахівців швейного виробництва розроблено інформаційно-методичну систему «Здоров'я з голочки». ІМС включає 4 блоки: блок «*Теоретичні відомості*» містить інформацію щодо основ здорового способу життя (ЗСЖ) та різноманітних сучасних форм рухової активності тощо; блок «*Практичні рекомендації*» включає 14 комплексів фізичних вправ різної цільової спрямованості (профілактика травматизму та ін.); блок «*Моніторинг*» надає індивідуальну реєстрацію кожному учню для проходження теоретичного тестування або розрахунку деяких показників фізичного стану та формує базу даних для викладача, що дозволяє спостерігати за динамікою вищезазначених показників; блок «*Бонус*» включає відеоролики основ ЗСЖ та уроків самомасажу, бібліотеку корисних інтернет-ресурсів за тематикою ЗСЖ та ін. [3].

Для самостійного навчання, підвищення рівня теоретичних знань та мотивації студентів до занять фізичними вправами, розроблена мультимедійна ІМС «Perfectum corpus» А.З. Шанковським, яка включає наступні модулі: «Корисно знати», «Практика», «Бонус» [11]. Змістом мультимедійної інформаційно-методичної

системи є структурований обсяг знань, котрі складаються з попередньо відібраного матеріалу у вигляді окремих модулів. Мультимедіа інформаційно-методична система «Perfectum corpus» дозволяє інтегрувати різні середовища подання інформації – текст, статичну і динамічну графіку, відеозаписи – в єдиний комплекс, що дозволяє студенту стати активним учасником процесу фізичного виховання. Бонусний модуль мультимедійної інформаційно-методичної системи включає: «Цікаві відео», «Інтернет ресурси», «Види рухової активності» [11].

Для підвищенні рівня теоретичних знань, з огляду на низьку ефективність традиційних засобів фізичного виховання, І. Л. Кенсицька пропонує використовувати інтерактивний підхід [7]. На її думку, такий підхід дозволить фахівцю підвищити ефективність засвоєння теоретичних знань студентами, які подаються доступно, у цікавій формі, та з урахуванням сучасного темпу їх життя. Зокрема автором, студентам запропоновано ведення електронного щоденника здоров'я – програма Microsoft Corporation «MSN Здоров'я та фітнес», який надає їм змогу самостійно розширити систему знань щодо формування, збереження та зміцнення здоров'я особистості, ознайомитися з методиками самоконтролю та самокорекції [7].

Частиною авторської технології [9], яка спрямована на корекцію фізичного стану студентів спеціальності «Музичне мистецтво» є розробка блоку «Теоретичний блок», важливою складовою якого став інформаційно-методичний проєкт «Симфонія здоров'я». Проєкт складається із розділів «Теоретична інформація», «Практичні рекомендації», «Домашні завдання» й охоплює теми «Рухова активність та здоров'я», «Раціональне харчування» та «Важливість правильної постави». Інформаційно-методичний проєкт «Симфонія здоров'я» дає змогу на основі використання міжпредметних зв'язків посилити теоретичну підготовленість студентів, активізувати їхнє зацікавлення навчанням, забезпечити єдність освітнього процесу та підвищити ефективність фізичного виховання [9].

## ВИСНОВКИ

Багато вчених та науковців приділяють увагу саме питанню підвищення теоретичних знань з проблематики здорового способу життя. Системний аналіз опрацьованих сучасних джерел дозволив встановити, що використання інформаційних технологій значно підвищує теоретичний рівень знань молоді з питань культури здоров'я, розширює діапазон дидактичних можливостей викладачів і тих, хто безпосередньо займається керуванням процесу формування засад здорового способу життя.

*Перспективи подальших досліджень* спрямовані на впровадження мультимедійних засобів в освітній процес з наступним аналізом їх ефективності та рівня засвоєння теоретичних питань щодо здорового способу життя серед молоді.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Арзютов Г. М. Формування валеологічних знань студентської молоді засобами освіти - змістовний засіб формування здорового способу життя / Г. М. Арзютов, Л. Ф. Андропова, М. Б. Гуска, О. В. Гаркава // Наукові праці Кам'янець-Подільського державного університету. - 2007. - № 5. – С. 5-11.
2. Власова Ж. Н., Жукова Т. А. Формирование здорового образа жизни студентов Вестник Бурятского государственного университета 13/2013. С. 19-21.
3. Голованова Н. Л., Герасименко С. О. Информационно-методическая система «Здоровье с иголки» как вспомогательное средство обучения в рамках технологии, направленной на развитие профессионально значимых физических качеств учащихся швейного производства Молодь та олімпійський рух : зб. тез доп. IX Міжнар. наук. конф., 12–13 жовт. 2016 р. К., 2016. С. 187–188.
4. Кашуба В. А., Футорный С. М. Моделирование и интегрирование информационной среды формирования здорового образа жизни в образовательный процесс высших учебных заведений Науково-методичні основи використання інформаційних технологій в галузі фізичної культури та спорту: збірник наукових праць [Електронний ресурс]. Харків: ХДАФК, 2017. Вип. 1 С.46-50.
5. Кашуба В. О., Футорный С. М., Дудко М. В. Використання веб-ресурсів у процесі фізичного виховання студентської молоді Спортивний вісник придніпров'я – науково-практичний журнал Дніпропетровського державного інституту фізичної культури і спорту. 2015. №2. С.69-75.
6. Калиновская В. В., Скугаревский О.А. «Обратная сторона» внешней привлекательности: исследование компонентов образа собственного тела у студентов БГМУ Режим доступа: <http://www.bsnu.by/bmm/03.2004/13.html>.
7. Кенсичка І. Л. Формування цінностей здорового способу життя студентів у процесі фізичного виховання: автореф. дис ... канд. наук з фіз. виховання та спорту. Київ, 2018. 24 с.
8. Колос М. Корекція порушень постави студентів з використанням сучасних біомеханічних та інформаційних технологій Спортивний вісник Придніпров'я. 2009. №1. С. 36-40.
9. Маринчук П. І. Корекція фізичного стану студентів спеціальності «Музичне мистецтво» в процесі професійно-прикладної фізичної підготовки: автореф. дис ... канд. наук з фіз. виховання та спорту. Київ, 2018. 20 с.
10. Футорный С. М. Теоретико-методичні основи інноваційних технологій формування здорового способу життя студентів в процесі фізичного виховання: автореф. дис ... доктора. наук з фіз. виховання та спорту. Київ, 2016. 40 с.
11. Шанковський А. З. Корекція тілобудови студентів в процесі фізичного виховання з урахуванням стану їх постави: автореф. дис. ... канд. наук з фіз. виховання та спорту: 24.00.02. Київ, 2018. 23 с.
12. Шанковський А. З., Випасняк І. П. Мультимедиа технологии в процессе физического воспитания студенческой молодежи // Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова Випуск 12 (94); 2017; 12-17 с.

*Дата надходження рукопису до редакції:* 17.12.2019 р.

**Использование мультимедийных средств для повышения уровня теоретических знаний студенческой молодежи по вопросам здорового образа жизни**

Дуб М.М., Брич В.В.  
ГВУЗ «Ужгородский национальный университет»,  
г. Ужгород, Украина

**Цель:** проанализировать и систематизировать научно-методическую литературу по использованию мультимедийных средств среди студенческой молодежи для повышения их уровня теоретических знаний по вопросам здорового образа жизни.

**Материалы и методы:** анализ и систематизация научно-методической литературы.

**Результаты.** Установлено, что на сегодняшний день используется большое количество современных мультимедийных средств по различным методикам, направленных на формирование основ здорового образа жизни и мотивацию молодежи к сохранению здоровья.

**Выводы.** Системный анализ обработанных современных источников позволил установить, что использование информационных технологий значительно повышает теоретический уровень знаний молодежи по

вопросам культуры здоровья, расширяет диапазон дидактических возможностей преподавателей и тех, кто непосредственно занимается управлением процесса формирования основ здорового образа жизни.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** студенческая молодежь, здоровый образ жизни, мультимедиа средства.

**The using of multimedia means for increasing the level of theoretical knowledge of the student youth on the issue of healthy lifestyle**

Dub M.M., Brych V.V.  
«Uzhhorod National University», Uzhhorod, Ukraine

**The aim:** to analyse and systematize the scientific methodical literature on the issue of using multimedia means among student youth for increasing their level of theoretical knowledge on the issue of healthy lifestyle.

**Material and methods:** analysis and systematizing of scientific-methodical literature.

**Results.** It was found out that nowadays a large number of multimedia means according to different methodology aimed on formation of principles of healthy lifestyle and motivation the youth to be healthy.

**Conclusions.** Systematic analysis of studying modern sources makes it possible to find out that the using of information technology greatly increases the theoretical level of knowledge of youth on the issue of the culture of health, broadens the range of didactic possibilities of teachers and

those who directly controls the process of formation the principles of healthy lifestyle.

**KEY WORDS:** student youth, healthy lifestyle, multimedia, means.

### ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ

**Дуб Мар'яна Михайлівна** – старший викладач кафедри наук про здоров'я факультету здоров'я та фізичного виховання, ДВНЗ «Ужгородський національний університет», вул. Митна, 29, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна. ORCID ID 0000-0002-2737-960X.

**Брич Валерія Володимирівна** – к.мед.н., доцент кафедри наук про здоров'я факультету здоров'я та фізичного виховання, ДВНЗ «Ужгородський національний університет», вул. Митна, 29, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна. ORCID ID 0000-0003-3741-6002.

## Результати дослідження якості медичної допомоги пацієнтам з церебральними інсультами

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

**Мета:** дослідити рівень якості медичної допомоги пацієнтам з церебральними інсультами в стаціонарних відділеннях м. Києва.

**Матеріали та методи.** Матеріалами дослідження стали 400 історій хвороби стаціонарних хворих із церебральними інсультами, які проходили лікування в стаціонарних відділеннях (неврологічних та нейрохірургічних) закладів охорони здоров'я м. Києва. В ході дослідження використано метод експертних оцінок. Статистичну обробку матеріалу проводили з використанням програм Microsoft Excel і Statistica 6.

**Результати.** В ході проведеного дослідження встановлено, що більше 10% пацієнтів при церебральних інсультах госпіталізуються в терміні більше 12 годин від початку захворювання. При цьому до 28% пацієнтам у відділеннях нейрохірургічного профілю і до 58% у відділеннях неврологічного профілю діагностичні обстеження проводяться з порушенням Клінічних протоколів. Клінічні протоколи не виконуються при призначенні лікувальної тактики до 30% пацієнтів у відділеннях нейрохірургічного профілю і до 45% у відділеннях неврологічного профілю.

Госпіталізація у відділення нейрохірургічного профілю пацієнтів із ішемічними інсультами призводить до нераціонального використання госпітальних ліжок даного профілю, а відповідно і інших ресурсів Київської міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги.

**Висновки.** Результати дослідження рекомендується використати під час удосконалення в м. Києві системи надання медичної допомоги населенню при церебральних інсультах.

**Ключові слова:** церебральні інсульти, стаціонари, медична допомога, якість.

### ВСТУП

В період реформування системи охорони здоров'я зростає питання забезпечення якості медичної допомоги, що визначено головною метою сучасного етапу реформи [1]. Дане також визначено Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [2] та Наказом МОЗ України від 26.07.2019 N 1709 який зареєстровано в Міністерстві юстиції України 23 серпня 2019 р. за N 961/33932 «Про затвердження Порядку розробки програми державних гарантій медичного обслуговування населення» [3].

При цьому в Україні рівень якості медичної допомоги населенню, за даними експертних оцінок, залишається низьким [4, 5]. Про незадовільність населення якістю медичної допомоги свідчать результати соціологічних опитувань за результатами яких більше половини опитаних оцінює якість послуг як низьку [6, 7]. У цей час усе частіше вказується на порушення прав пацієнтів, піднімаються проблеми недотримання лікарської етики і деонтології медичним персоналом при спілкуванні зі споживачами медичних послуг [8, 9].

Аналіз результатів роботи закладів охорони здоров'я базується на затверджених державними органами облікових і звітних документах і на результатах окремих досліджень. Базуючись на тому, що аналіз як статистичних показників, так і показників, отриманих під час експертної оцінки дозволяє забезпечити об'єктивне оцінювання і конкретне визначення проблем забезпечення якості медичної допомоги ми запланували і провели дане дослідження по забезпеченню якості медичної допомоги при такому поширеному захворюванню як церебральні інсульти.

**Мета** – дослідити рівень якості медичної допомоги пацієнтам з церебральними інсультами в стаціонарних відділеннях м. Києва.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Матеріалами дослідження стали історії хвороби стаціонарних хворих із церебральними інсультами, які проходили лікування в стаціонарних відділеннях (неврологічних та нейрохірургічних) закладів охорони здоров'я м. Києва. Всього експертній оцінці підлягало 400 історій хвороби. Із загальної кількості історій хвороби, які підлягали експертній оцінці 127 (31,8%) слали історії хвороби пацієнтів, що лікувалися в нейрохірургічних відділеннях та 273 (68,2%) історій хвороби із відділень неврологічного профілю. Для експертизи історії хвороби відбиралися суцільним методом за 2019 рік. В ході дослідження використано метод експертних оцінок. Експертами виступали автор роботи та лікуючі лікарі. Статистичну обробку матеріалу проводили з використанням програм Microsoft Excel і Statistica 6. Аналіз отриманих результатів проведено із застосуванням методу структурно-логічного аналізу.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Відповідно до карти експертної оцінки вивчалися наступні питання: спосіб доставки до стаціонару, термін доставки до стаціонару від початку захворювання, відповідність діагностичної допомоги клінічним протоколам, відповідність лікувальної допомоги клінічним протоколам. Отримані результати наведено в таблиці.

Таблиця  
**Результати експертної оцінки якості медичної допомоги  
пацієнтам з церебральними інсультами в стаціонарах м. Києва (%)**

<b>Показник</b>	<b>Нейрохірургічні відділення (n=127)</b>	<b>Неврологічні відділення (n=273)</b>
<b>Спосіб доставки до стаціонару</b>		
Бригади екстреної медичної допомоги	91,4	84,2
Особистий транспорт	5,5	11,4
Інший спосіб	3,1	4,4
<b>Термін доставки до стаціонару від початку захворювання</b>		
До 4-х годин	23,6	12,8
4–6 годин	30,7	56,2
6–12 годин	32,3	19,0
12–24 години	5,5	6,9
Більше доби	7,9	5,1
<b>Відповідність діагностичної допомоги Клінічним протоколам</b>		
За терміном проведення		
- відповідає	72,4	42,1
- не відповідає	27,6	57,9
За обсягом проведення		
- відповідає	85,8	67,4
- не відповідає	14,2	32,6
<b>Відповідність лікувальної допомоги Клінічним протоколам</b>		
За терміном проведення		
- відповідає	70,1	54,6
- не відповідає	29,9	45,4
За обсягом проведення		
- відповідає	87,4	87,5
- не відповідає	12,6	12,5

Нами додатково було вивчено надання медичної допомоги пацієнтам з церебральними інсультами в нейрохірургічному відділенні №2 Київської міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги за 2019 рік.

За 2019 рік у відділенні було проліковано 266 пацієнтів із геморагічними інсультами, що склало 63,3% від загальної кількості пролікованих пацієнтів із церебральними інсультами. Із загальної кількості пролікованих пацієнтів із геморагічними інсультами було прооперовано 128 пацієнтів з кількістю оперативних втручань 168 та хірургічною активністю 48,1%. Загальна летальність при геморагічних інсультах склала 41,7% (111 пацієнтів), а післяопераційна летальність склала 38,2% (49 пацієнтів).

За даний рік у відділенні було проліковано 154 пацієнти із ішемічними інсультами, що склало 36,7% від загальної кількості пролікованих пацієнтів із церебральними інсультами. Із загальної кількості пролікованих пацієнтів із ішемічними інсультами було прооперовано 35 пацієнтів з кількістю оперативних втручань 39 та хірургічною активністю 22,7%. Загальна летальність при ішемічних інсультах склала 13,6% (21 пацієнт), а післяопераційна летальність склала 17,1% (6 пацієнтів).

**Перспективи подальших досліджень** пов'язані із вивченням готовності системи надання медичної допомоги населенню м. Києва до надання ефективної медичної допомоги населенню при церебральних інсультах в умовах другого етапу реформ по запровадженню пакетів державних медичних гарантій.

### **ВИСНОВКИ**

В ході проведеного дослідження встановлено, що більше 10% пацієнтів при церебральних інсультах госпіталізуються в терміні більше 12 годин від початку захворювання. При цьому до 28% пацієнтам у відділеннях нейрохірургічного профілю і до 58% у відділеннях неврологічного профілю діагностичні обстеження проводяться з порушенням Клінічних протоколів. Клінічні протоколи не виконуються при призначенні лікувальної тактики до 30% пацієнтів у відділеннях нейрохірургічного профілю і до 45% у відділеннях неврологічного профілю.

Госпіталізація у відділення нейрохірургічного профілю пацієнтів із ішемічними інсультами призводить до нераціонального використання госпітальних ліжок даного профілю, а відповідно і інших ресурсів Київської міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 років / Стратегічна дорадча група з питань реформування системи охорони здоров'я в Україні, 2015. – 41 с. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://healthsag.org.ua/strategiya>. – Назва з екрану.
2. Закон України „Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення” 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII [Електронний ресурс]. Режим доступу: [http://search.ligazakon.ua/l\\_doc2.nsf/link1/T172168.html](http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/T172168.html). – Назва з екрану.
3. Наказ МОЗ України від 26 липня 2019 року N 1709, зареєстровано в Міністерстві юстиції України 23 серпня 2019 р. за N 961/33932 «Про затвердження Порядку розробки програми державних гарантій медичного обслуговування населення» [Електронний ресурс]. Режим доступу: [http://search.ligazakon.ua/l\\_doc2.nsf/link1/RE33932.html](http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/RE33932.html). – Назва з екрану.
4. Лехан В.М. Модель управління якістю медичної допомоги на сучасному етапі розвитку системи охорони здоров'я України / В.М. Лехан, О.Л. Зюков // Главный врач. – 2008. – №6. – С. 65–68.
5. Сміянов В.А. Визначення якості медичної допомоги та концепції її розвитку / В.А. Сміянов // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2011. – №1. – С. 86–95.
6. Поцелуєв В. І. Обґрунтування системи моніторингу якості та доступності медичної допомоги в закладах сімейної медицини (на прикладі сільського населення Сумської області): автореф. дис. ... к. мед. наук : спец. 14.00.33 «Соціальна медицина» / В.І. Поцелуєв. – К., Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, 2014. – 24 с.
7. Батманова І.Ю. Оцінка гематологічними хворими стану стаціонарної спеціалізованої медичної допомоги / І.Ю. Батманова // Вопросы здравоохранения Донбасса. Сборник научных статей. – Донецк, 2005. – С. 37-40.
8. Слабкий Г. О. Вплив законодавчої бази на розширення і закріплення прав громадян України на отримання безкоштовної медичної допомоги амбулаторних умовах / Г.О. Слабкий, Н.Ф. Шишацька, В.А. Русняк // Досвід, реалії і перспективи розвитку систем охорони здоров'я [монографія]. – Львів: Видавництво ЛОБФ «Медицина і право», 2013. – С. 329-335.
9. Шишацька Н.Ф. Розвиток орієнтації систем охорони здоров'я на пацієнтів / Н.Ф. Шишацька // Вісник соціальної медицини та організації охорони здоров'я. – 2014. – №4 (62). – С. 72-75.

**Дата надходження рукопису до редакції:** 22.01.2020 р.

### **Результаты исследования качества медицинской помощи пациентам с церебральными инсультами**

*Прокопів М.М.*

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, г. Киев, Украина

**Цель:** изучить уровень качества медицинской помощи пациентам с церебральными инсультами в стационарных отделениях г. Киева.

**Материалы и методы.** Материалами исследования стали 400 историй болезни стационарных больных с церебральными инсультами, которые проходили лечение в стационарных отделениях (неврологических и нейрохирургических) учреждений здравоохранения г. Киева. В ходе исследования использован метод экспертных оценок. Статистическая обработка материала проводилась с использованием программ Microsoft Excel и Statistica 6.

**Результаты.** В ходе проведенного исследования установлено, что больше 10% пациентов при церебральных инсультах госпитализируются в сроки более 12 часов от начала заболевания. При этом до 28% пациентов в отделениях нейрохирургического профиля и до 58% в отделениях неврологического профиля диагностические обследования проводятся с нарушением Клинических протоколов. Клинические протоколы не выполняются при определении лечебной тактики до 30%

пациентов в отделениях нейрохирургического профиля и до 45% в отделениях неврологического профиля.

Госпитализация в отделениях нейрохирургического профиля пациентов с ишемическими инсультами приводит к нерациональному использованию госпитальных коек данного профиля, а соответственно и других ресурсов Киевской городской клинической больницы скорой медицинской помощи.

**Выводы.** Результаты исследования рекомендуется использовать во время усовершенствования в г. Киеве системы оказания медицинской помощи населению при церебральных инсультах.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** церебральные инсульты, стационары, медицинская помощь, качество.

### **Results of the study of the quality of medical care in patients with cerebral strokes**

*Prokopiv M.M.*

National Medical University named after O.O. Bohomolets, Kyiv, Ukraine

**Goal of research:** to study the level of the quality of medical care to patients with cerebral strokes in the in-patient departments of Kyiv city.

**Materials and methods.** 400 histories of diseases of patients with cerebral strokes, who underwent treatment in

in-patient departments (neurological and neurosurgical) of health care establishments in Kyiv, were used as the materials of the study. The method of expert assessments was applied in the course of study. Statistical processing of the material was performed with the use of Microsoft Excel and Statistica 6 programs.

**Results.** It was determined in the course of study that more than 10% of patients with cerebral stroke are hospitalized in more than 12 hours from the onset of the disease. At the same time, up to 28% of patients in neurosurgical departments and up to 58% of patients in the departments of neurological profile diagnostic examinations are performed with violation of clinical protocols. Clinical protocols are not performed in

prescribing medical tactics to up to 30% of patients in the neurosurgical departments and up to 45% in neurological profile departments.

Hospitalization of patients with ischemic strokes in the departments of neurosurgical profile leads to the irrational use of hospital beds of a given profile, and accordingly other resources of Kyiv City Clinical Hospital of emergency medical care.

**Conclusions.** The results of the study are recommended to be used in the course of improvement in the system of rendering medical aid to the population with cerebral strokes in Kyiv.

**KEY WORDS:** cerebral strokes, in-patient departments, medical care, quality.

### ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРА

**Прокопів Марія Мирославівна** – к.мед.н., доцент, доцент кафедри неврології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця; м. Київ, бул. Т. Шевченка, 13. prokopivmm@gmail.com.



УДК 614.2.001.8

Якимець В.М.<sup>1</sup>, Печиборщ В.П.<sup>1</sup>, Долгий М.Л.<sup>2</sup>, Макаренко А.М.<sup>2</sup>, Никоненко А.В.<sup>1</sup>**Шляхи удосконалення навчання із домедичної допомоги**<sup>1</sup>ДНУ «Центр інноваційних медичних технологій НАН України», м. Київ, Україна<sup>2</sup>Інститут державного управління у сфері цивільного захисту, м. Київ, Україна

У статті пропонується розроблення єдиного алгоритму навчання з домедичної допомоги та робиться спроба обґрунтувати доцільність створення відповідних уніфікованих навчальних центрів силових міністерств і відомств. Приводяться приклади командного навчання рятувальників при наданні домедичної допомоги.

Акцентується увага на необхідності розробки узагальнених методичних матеріалів для їх застосування у відповідних навчальних закладах (центрах).

**Ключові слова:** домедична допомога, навчання, методичні розробки, рятувальники, тренінги.

**ВСТУП**

Забезпечення особистої безпеки і збереження свого здоров'я – одна з найважливіших сторін практичних інтересів людини, особливо в умовах сьогодення, під час надзвичайних ситуацій та ліквідації їх наслідків.

Не проходить і дня без чергової аварії, стихійного лиха, соціального конфлікту або кримінальної події, що спричинили за собою загибель людей і величезний матеріальний збиток.

Зараз, коли в будь-яку хвилину може гостро постати питання: «Жити чи не жити?», особливо актуальним є вміння надавати домедичну допомогу.

Основне завдання домедичної допомоги при нещасному випадку – зберегти життя постраждалого до прибуття рятувальних служб, екстреної медичної допомоги, використати будь-який шанс для його порятунку [1].

**АНАЛІЗ ОСТАННІХ ДОСЛІДЖЕНЬ**

Проблемою навчання з домедичної допомоги постраждалим при різних НС опікувалися такі вчені: Акулова О.М., Безпалій В.В., Василенко В.М., Волянський П.Б., Гур'єв С.О., Гулай А.М., Долгий М.Л., Кочин І.В., Крилюк В.О., Литвин Ю.П., Лермонтова Ю.О., Рошнін Г.Г., Сидоренко П.І., Таймасов Ю.С., Терент'єва А.В. та інші.

Аналіз наукових публікацій з цього напрямку свідчить про доцільність оптимізації системи навчання з надання домедичної допомоги постраждалим на догоспітальному етапі.

Шанси на те, що у разі настання нещасного випадку чи серцевого нападу життя людини буде врятоване, а негативні наслідки для здоров'я – мінімізовані, залежать від строку початку надання першої допомоги та строку початку проведення критичних для виживання процедур на догоспітальному етапі, які повинні бути мінімальними, а також ефективного госпітального лікування та реабілітації. Кожна з перелічених ланок в Україні організована неефективно і потребує удосконалення на всіх рівнях державної та відомчих систем охорони здоров'я.

Згідно з доказовими дослідженнями, статистично значуще зростання показників виживання серед пацієнтів екстреної медичної допомоги досягається лише у разі, коли пацієнти можуть розраховувати на початок такої

допомоги не пізніше ніж через 4 хвилини після настання невідкладного стану чи екстреної ситуації.

Настільки ранній доступ можливий лише у разі надання ефективної першої допомоги та забезпечення базової підтримки життя безпосередніми свідками на місці події, виникає потреба максимального охоплення навчанням з питань домедичної підготовки всіх верств населення. Однак, необхідно констатувати той факт, що такий підготовлений контингент ні в якому разі неспроможний замінити професійних медичних працівників, і покликаний надати допомогу потерпілому щодо підтримання життєвих функцій до прибуття бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги.

В Україні навички першої допомоги формально є частиною підготовки деяких фахівців (рятувальників аварійно-рятувальних служб, поліцейських тощо). Проте поточний підхід до їх підготовки не є ефективним. До такого висновку прийшли фахівці Кабінету Міністрів України при розробці «Концепції розвитку системи екстреної медичної допомоги» [2]. З цим твердженням не можна погодитись, оскільки навчання з домедичної допомоги осіб, що не мають медичної освіти, але відповідно до своїх функціональних обов'язків повинні надавати таку допомогу постраждалим, потребує започаткування за цим напрямом командної роботи навчальних центрів, в першу чергу, силових міністерств з розробки узагальнених відповідних програм та методологій їх викладання.

**Метою** даної роботи є визначення подальших напрямів оптимізації навчання з домедичної допомоги в Україні.

**РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ**

Відповідно до абзацу одинадцятого частини другої статті 6 Закону України «Про екстрену медичну допомогу» наказом МОЗ України від 16.06.2014 № 398 (із змінами від 08.10.2018 № 1833) затверджено «Порядки надання домедичної допомоги особам при невідкладних станах». По суті – це абетка для рятувальників аварійно-рятувальних служб, працівників державної пожежної охорони, поліцейських, фармацевтичних працівників, провідників пасажирських вагонів, бортпровідників та інших осіб, які не мають медичної освіти, але за своїми

службовими обов'язками повинні володіти практичними навичками надання домедичної допомоги [3].

В контексті Порядків розроблено ряд посібників з домедичної допомоги, *квітесенцією яких є усунення критичних станів до приїзду бригади екстреної медичної допомоги (ЕМД), тобто забезпечення базової підтримки життя.* Це, в першу чергу, зупинка масивної зовнішньої кровотечі, відновлення та забезпечення прохідності дихальних шляхів, непрямий масаж серця та штучне дихання (серцево-легенева реанімація – СЛР).

Велике різноманіття посібників пояснюється тим, що використання наведених Порядків безпосередньо для навчання у такому вигляді, якому вони є (просто перелік різнопланових маніпуляцій) – не представляється можливим. Але якщо ці маніпуляції викласти схематично відповідно до стану постраждалого, наприклад, домедична допомога при раптовій зупинці серця (рисунок), то, як видно з наведеного, схема дозволяє швидко зорієнтуватися і вибрати правильний алгоритм надання допомоги постраждалому при різних його станах.

Авторами опрацьовані всі «Порядки надання домедичної допомоги особам при невідкладних станах», викладені у вигляді схем та апробовані в процесі навчання рятувальників Державної служби України з надзвичайних ситуацій (далі – ДСНС).

Слід зазначити, що таке викладення Порядків є для рятувальників наглядним навчально-інформативним довідником але тільки за умови попереднього набуття ними знань та умінь з цього напрямку.

Надання домедичної допомоги рятувальниками в зоні надзвичайної ситуації (НС) є основною заporукою врятування життя постраждалим. Враховуючи, що рятувальники працюють у зоні підвищеної небезпеки, то вони перші, хто надасть домедичну допомогу постраждалому, оскільки бригада екстреної медичної допомоги надає допомогу тільки за межами зони НС. Тобто, рятувальники після надання невідкладної допомоги евакуюють (транспортують) їх до карети екстреної медичної допомоги.

Аналіз причин загибелі постраждалих під час НС вказує на те, що значну їх частину можна було б врятувати при своєчасному та якісному наданні домедичної допомоги. За умов застосування належних заходів самопомоги, взаємодопомоги і навичок рятувальників у зоні НС можна зменшити показник смертності на 15–18% [4].

На наш погляд, навчання з домедичної допомоги слід викладати поблочно.

**I блок.** Мотивація оволодіння теоретичними знаннями та практичними навичками з домедичної допомоги; ознайомлення з найбільш типовими невідкладними станами постраждалих та основними прийомами при наданні допомоги.

**II блок.** Аналіз даних довів, що основною причиною виникнення летальних випадків у зоні НС (58%) є кровотеча, зокрема зовнішня, що вказує на необхідність приділяти особливу увагу в процесі підготовки рятувальників з питань надання домедичної допомоги саме сучасним методам зупинки зовнішньої кровотечі. На практичних заняттях рятувальники до автоматизму повинні відпрацювати методики накладання закрутки, джгута

Есмарха та джгута типу CAT (Combat Application Tourniquet). Перевагою джгута типу CAT є те, що його можна накладати однією рукою і це є актуально для особового складу ДСНС, який займається розмінуванням. Крім того, в навчанні необхідно звернути увагу рятувальників на вузлові кровотечі та методику їх зупинки тампонуванням рани.

В лекційному матеріалі в обов'язковому порядку необхідно звертати увагу на ознаки критичної кровотечі, оскільки постраждалий з критичною кровотечею може загинути протягом 3 хвилин.

При подальшому аналізі встановлено, що до 20–25% постраждалих транспортується без урахування характеру пошкодження або стану постраждалого – це вказує на необхідність ретельного вивчення принципів безпечного транспортування (евакуації) постраждалого як невід'ємного компонента надання домедичної допомоги. Отримані під час катастроф ушкодження характеризуються значною кількістю множинних і поєднаних травм, комбінованих ушкоджень, що супроводжуються травматичним і опіковим шоком, гострою крововтратою, асфіксією, синдромом тривалого стиснення. Крім того, дані пошкодження нерідко призводять до розвитку синдрому взаємного обтяження і часто супроводжуються психогенними розладами, тому в процесі підготовки рятувальників з надання домедичної допомоги необхідно вивчати та відпрацювати транспортування постраждалих різними методиками та за допомогою різних видів транспортувальних медичних виробів з урахуванням тяжкості постраждалого та характеру пошкодження.

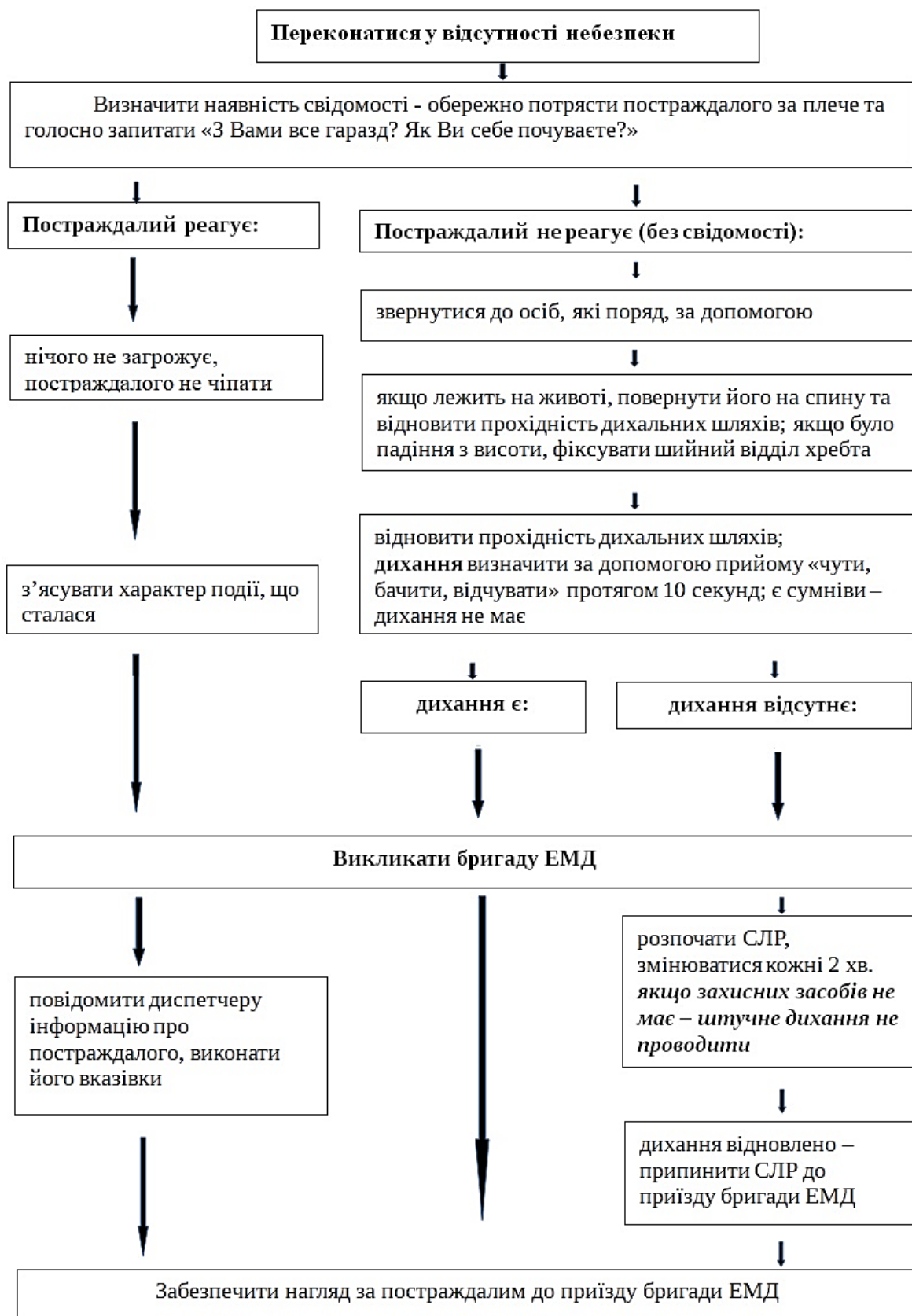
Особливу увагу рятувальників під час проведення таких занять необхідно звертати на механізм пошкодження, оскільки під час падіння з висоти, дорожньо-транспортній пригоді, пірнанні у воду в постраждалих часто пошкоджується шийний відділ хребта. При не коректній іммобілізації, неправильному транспортуванні у таких постраждалих може виникнути спинальний шок, що часто призводить до зупинки серцевої діяльності.

В цьому сенсі варто зауважити, що евакуацію постраждалих із зони НС здійснюють співробітники аварійно-рятувальних служб.

Третім фактором, що сприяє виникненню летального результату в постраждалих внаслідок НС є шок, обтяження якого може мати місце при не правильній іммобілізації постраждалих. Тому при підготовці рятувальників необхідно приділяти увагу основам десмургії.

**III блок** навчання включає в себе серцево-легеневу реанімацію.

Як правило, рятувальники першими прибувають в зону НС і вони до приїзду бригади екстреної медичної допомоги повинні забезпечити базову підтримку життя постраждалого, оскільки, наприклад, зупинка дихальної функції і зупинка серцевої діяльності внаслідок НС в любу хвилину можуть призвести до його смерті. Запобігання летального результату можливо при відпрацюванні рятувальниками до автоматизму дій при серцево-легеневій реанімації з обов'язковим застосуванням апарату зовнішньої дефібриляції.



**Рис.** Алгоритми надання домедичної допомоги постраждалому при раптовій зупинці серця (реагує на подразнення, не реагує – без свідомості; дихає, не дихає)

IV блок – психологічна підготовка рятувальників. Варто зауважити, що як правило співробітники аварійно-рятувальних служб ДСНС не мають медичної підготовки та від вигляду крові, пошкоджень, опіків, трупів тощо можуть просто знепритомніти. Все це унеможливить не тільки надання домедичної допомоги постраждалим, а і взагалі виконання завдань у зоні НС.

Ми вважаємо, що домедична підготовка рятувальників повинна включати в себе відповідну психологічну підготовку і позитивним може бути відвідування приймальних відділень багато профільних медичних закладів, куди безпосередньо доставляються постраждалі з різними травмами внаслідок НС (ДТП, пожежі, хімічні аварії тощо). Крім того, тимчасово рятувальників, на наш погляд, доцільно включати до бригад екстреної медичної допомоги. Вище зазначене дозволить забезпечити якісну, у т.ч. морально психологічну підготовку рятувальників до роботи безпосередньо у вогнищі НС.

V блок навчання рятувальників з домедичної допомоги повинен враховувати техногенне навантаження території України, тобто розташування промислових об'єктів за галузями виробництва і, виходячи з наведеного, відповідно акцентувати увагу слухачів на можливих медико-санітарних наслідках при НС для певного району.

При наявності на території об'єктів, які містять сильнодіючі отруйні речовини (хлор, аміак і т.ін.) необхідно збільшити години з питань ліквідації наслідків хімічної небезпеки. Звернути увагу рятувальників на фізико-хімічні властивості токсичних агентів, на можливу в кожному конкретному випадку домедичну допомогу постраждалим.

На територіях поблизу атомних електростанцій необхідно при навчанні приділяти більше уваги питанням надання домедичної допомоги людині при дії радіаційного впливу на її організм.

Якщо рятувальники територіально знаходяться поблизу складів з вибухонебезпечними речовинами, складами з боєприпасами то необхідно приділити додаткову увагу в процесі навчання домедичній допомозі при опіках, пораненнях; відпрацювати практичні навички із зупинки критичних кровотеч.

В цілому, підготовка з домедичної допомоги рятувальників у навчальних закладах ДСНС повинна бути заснована на найбільш ефективних методах навчання – стимуляційних та імітаційних (тренінгових методах) [6].

Особливо слід зупинитися на формуванні алгоритму навчання. Як показує наш досвід, не достатньо навіть скрупульозно і з застосування сучасного матеріально-технічного обладнання викладати відповідні програми з домедичної допомоги. Величезне значення має досвід рятувальників, при використанні якого навчання набуває зовсім нового окрасу, можна навіть сказати – нового практичного спрямування. Тобто, обов'язково повинен бути зворотній зв'язок викладач – рятувальник. І, безумовно, першочергове значення мають отримані теоретичні знання та практичні навички, а відпрацювання останніх повинно бути доведено до автоматизму [5, 7].

Найголовніше – це формування у слухачів усвідомленого рішення щодо прийняття тих чи інших негайних ефективних дій з надання допомоги постраждалим в екстремальних умовах.

Заключним етапом навчання є підсумковий залік, який проходить у формі виконання слухачами ситуаційних задач.

Залік проводиться трьома викладачами, це: викладач-лектор та два викладача-інструктори.

Після вступного слова викладача-лектора слухачі (8–10 осіб) діляться на 3 групи, кожна з яких одержує завдання (білет) з трьох складових, а саме: серцево-легенева реанімація (далі СЛР), травми різного походження, а також (третя складова) – інші ушкодження.

Порядок дій такий. Під контролем викладачів-інструкторів групи слухачів виконують завдання. При цьому вони обов'язково коментують і обґрунтовують порядок своїх дій.

**Серцево-легенева реанімація.** Перш за все це огляд місця події: переконатися у власній безпеці та безпеці постраждалого.

*Перша група* оглядає постраждалого і встановлює: він без свідомості, пульс, дихання, реакція зіниць на світло – відсутні (це 10-15 секунд). Двоє рятувальників негайно розпочинають серцево-легеневу реанімацію. Перший рятувальник стає на коліна збоку і впритул до постраждалого, звільняє грудну клітину від одягу, відкриває рота для того, щоб переконатися у прохідності дихальних шляхів, при наявності сторонніх предметів у порожнині рота захищеними руками їх видаляє.

Другий у цей же час викликає екстрену медичну допомогу; повідомляє місце знаходження, хто постраждалий (чоловік, жінка, орієнтовний вік), наявність клінічної смерті.

Перший рятувальник виконує натискання на груднину (30 разів), після чого одразу ж другий робить 2 вдихи, закриваючи ніс (якщо використовується метод рот до рота).

Рятувальник, що натискає на груднину, тримає руки прямими, працює корпусом, не відриває руки від груднини, рахує натискання.

Оскільки серцево-легенева реанімація – важка фізична робота, то кожні 2-3 хвилини треба замінювати один одного.

При цьому виконавці вправи наголошують, що серцево-легенева реанімація проводиться до:

1. Відновлення дихання і серцевої діяльності.
2. Прибуття екстреної медичної допомоги.
3. Появи трупних плям.

Робиться також акцент, що неприпустимо виконувати серцево-легеневу реанімацію, якщо серце працює, бо це призводить до порушення ритму серця і його зупинки.

Отже, як тільки серце запрацювало, треба негайно припинити серцево-легеневу реанімацію, а постраждалого перевести в стабільне (бокове) положення. Все це виконується під контролем викладача-інструктора.

Кожен рятувальник коментує порядок виконання своїх дій.

*Таке ж завдання (серцево-легенева реанімація), але при клінічній смерті внаслідок ураження електричним струмом, виконує друга група.*

Один з рятувальників доповідає, що наблизитись до такого постраждалого після огляду місця події треба дрібними кроками, не відриваючи стоп від землі для запобігання ураження струмом внаслідок виникнення крокової напруги. Знімає дріт з постраждалого, знеструмлює його. Робить це захищеними руками, використовуючи сухий предмет, наприклад, палку. І тільки після цього розпочинає серцево-легеневу реанімацію.

Другий рятувальник викликає екстрену медичну допомогу.

Після проведення вдалої серцево-легеневої реанімації постраждалий переводиться в стабільне (бокове) положення і, періодично контролюючи стан постраждалого, рятувальники чекають на прибуття екстреної медичної допомоги.

*Наступне завдання з серцево-легеневої реанімації одержує третя група:* «З води витягли людину. Пострадалий непритомний, пульсу, дихання, реакції зіниць на світло немає. У потопельника клінічна смерть».

Один з рятувальників викликає екстрену медичну допомогу, двоє інших негайно розпочинають серцево-легеневу реанімацію.

При цьому слід запрокинути голову, відкрити рота, захищеними руками випорожнити рот (пісок, водорості).

При проведенні серцево-легеневої реанімації голову постраждалого повернути набік, захищеними руками витягти язик назовні – це полегшує вихід води з легенів.

Після відновлення пульсу, дихання, реакції зіниць на світло, серцево-легенева реанімація припиняється.

Для подальшого очищення легень рятувальник стає на коліно, постраждалого розташовують так, щоб голова, шия, грудна клітина були нахилені донизу, а живіт постраждалого був на нозі рятувальника. При цьому рот слід відкрити, кулаком бити між лопатками до тих пір, поки вся вода не вийде назовні.

Після цього постраждалому треба надати стабільне (бокове) положення та в такому положенні чекати на прибуття екстреної медичної допомоги, постійно стежити за станом постраждалого.

**Травми.** Група рятувальників одержує таке завдання: «Внаслідок ДТП постраждали дві людини. У одного одяг і обличчя залиті кров'ю, на чолі різана рана довжиною до 3 см, з якої витікає кров. Пострадалий у свідомості, збуджений. У другого видимих пошкоджень нема, але він скаржиться на головний біль, нудоту, запаморочення. Обставини ДТП не пам'ятає».

Перш за все це огляд місця події: переконатися у власній безпеці та безпеці постраждалих. Потім – вимкнути двигун.

Один рятувальник одягає постраждалим шийні комірці, або фіксує шийку підручними засобами і при цьому пояснює, що при ДТП завжди треба підозрювати ушкодження шийного відділу хребта, яке може призвести до загибелі постраждалого.

Другий рятувальник в цей час викликає екстрену медичну допомогу.

Першочергове завдання – зупинити кровотечу. Для цього рятувальник накладає стискаючу пов'язку на чоло постраждалого.

Що стосується іншого постраждалого, то у нього діагностується закрыта черепно-мозкова травма.

Отже, треба прикласти йому холод до голови (целюфановий кульок з холодною водою), заспокоїти, укласти, чекати на прибуття екстреної медичної допомоги та постійно стежити за станом постраждалого.

Друга група одержує завдання: «Огрядна жінка посковзнулася і впала на сідниці. Одразу ж відчула різкий біль у спині, заніміння ніг. Постраждала лежить, будь-які рухи в ногах неможливі».

У постраждалої травма хребта, є ознаки перелому хребця (хребців)».

Небезпека полягає в тому, що будь-який рух тулубом може призвести до ушкодження спинного мозку, а відтак, до інвалідності.

Отже, першочерговий крок в наданні домедичної допомоги – знерухомити постраждалу.

Для цього використовуються вакуумні носі, які надійно фіксують постраждалу.

Паралельно один з рятувальників викликає екстрену медичну допомогу.

Водночас інші кладуть умовного постраждалого у вакуумні носі, викачують насосом з них повітря і, таким чином, знерухомлюють.

У такому положенні, слідкуючи за станом постраждалого, чекають на прибуття екстреної медичної допомоги.

Третя група одержує завдання: «Внаслідок порушення техніки безпеки працівник одержав травму правого передпліччя пилкою. При огляді – в середній третині передпліччя рана довжиною до 7 см, з якої пульсуючи витікає кров. Обличчя постраждалого бліде, вкрите потом, він збуджений».

В першу чергу треба негайно зупинити кровотечу. При цьому використовується або турнікет, або джгут. Якщо їх немає, треба застосувати підручні засоби, щоб зробити закрутку (наприклад, хустинку, розірвати сорочку) та використати будь який предмет для стискання артерій і безпосередньої зупинки кровотечі: палку, викрутку, олівець тощо. Після чого закрутку зафіксувати.

Один з рятувальників викликає екстрену медичну допомогу, інший зупиняє кровотечу, коментуючи послідовність дій: після накладення турнікету (підручного засобу), зупинки кровотечі треба зафіксувати (записати) час накладання, щоб через 30 хвилин, якщо не приїхали медики, послабити закрутку до появи пульсу на променевої артерії на 1 хвилину, потім знову закрутити.

Крім того, оскільки пострадалий знаходиться в стані шоку (блідий, спітнілий, збуджений) – треба його заспокоїти, дати випити води, надати протишокове положення (укласти горілиць, підняти ноги і покласти під них валик для полегшення шокowego стану), вкрити постраждалого ковдрою (особливо, в холодну пору року) тому, що зігрівання теж полегшує перебіг шоку), і в такому положенні чекати на прибуття екстреної медичної допомоги, стежачи за станом постраждалого.

Відповідно у третій складовій заліку (*інші ушкодження*) кожна група рятувальників отримує завдання, наприклад:

Для першої групи – «дитина, 10 місяців, подавилась шматочком апельсина. Припинилось одразу дихання, дитина синіє».

Для другої групи – «палає житловий будинок. З вікна вистрибнула людина, на спині якої горить одяг. Падає, і, шкутильгаючи, намагається бігти. Хочє щось сказати, але не може».

Для третьої групи – «в гаражі, що не має вентиляції знайшли непритомну людину. Працює двигун автомобіля. При огляді постраждалого спостерігається такий анамнез: обличчя бліде, навколо носа і рота яскраво-червоні плями. Має місце отруєння чадним газом».

При виконанні кожного завдання рятувальники детально коментують свої дії і пояснюють, чому саме такий порядок надання домедичної допомоги вони обрали.

Протягом усього часу заліку викладачі спостерігають за виконанням завдань рятувальниками, обґрунтуваннями їх дій.

Коли всі завдання виконані, викладач-лектор підводить підсумки: звертає увагу на припущені помилки, на правильність і швидкість прийняття рішень, і робить висновок – чи змогли рятувальники підтримати життя умовного постраждалого до прибуття екстреної медичної допомоги, чи ні.

Такий комплексний підхід дає можливість засвоїти слухачам необхідні теоретичні знання та відпрацювати набуті уміння.

Також, на наш погляд, важливою складовою навчання з домедичної допомоги є формування команди висококласних з великим досвідом науково-педагогічних

працівників навчальних закладів силових міністерств та відомств, які працюють за цим напрямом, і які, об'єднавши свої зусилля, в змозі розробити дієві спільні програми та алгоритми згаданого навчання.

Такий підхід дасть можливість, у подальшому, створити необхідну кількість уніфікованих навчальних центрів з домедичної допомоги, в яких зможуть навчатися, наприклад, і поліцейські, і прикордонники, і рятувальники тощо. А кращі викладацькі кадри будуть зібрані в цих центрах, що забезпечить високу якість підготовки слухачів.

### ВИСНОВКИ

На наш погляд, на основі «Порядків надання домедичної допомоги особам при невідкладних станах» доцільно розробити «Пам'ятку з домедичної допомоги рятувальника ДСНС України».

При формуванні алгоритму навчання з домедичної допомоги, підготовки навчальних та методичних посібників за цим напрямом обов'язково враховувати досвід рятувальників. Невід'ємною частиною має бути зворотній зв'язок викладач – рятувальник.

В основу навчання покласти тренінгові методи.

*Подальшим напрямом наукових досліджень* з даної проблематики вбачається розроблення уніфікованих навчально-методичних матеріалів з домедичної допомоги для слухачів силових міністерств і відомств, для чого створити міжвідомчу експертну групу з викладачів цих установ з метою визначення особливостей навчання для різних контингентів слухачів, розроблення варіативних частин для єдиної програми підготовки з домедичної допомоги.

### ЛІТЕРАТУРА

1. Сучасні тенденції навчання з домедичної допомоги / А.М. Макаренко, М.Л. Долгий, М.П. Стрюк, Н.В. Дрозденко // Наукові записки [Національного педагогічного університету ім. М.П. Драгоманова]. Серія : Педагогічні науки : [збірник наукових статей]. – Київ : Вид-во НПУ ім. М.П. Драгоманова, 2018. – Вип. СХХХVIII (138). – С. 125-132.
2. Розпорядження Кабінету Міністрів України «Про схвалення Концепції розвитку системи екстреної медичної допомоги» від 22 травня 2019 р. № 383-р.
3. Закон України «Про екстрену медичну допомогу» від 5.07. 2012 р. № 5081-VI.
4. Волянський П.Б. Нормативно-правове регулювання надання домедичної допомоги немедичними працівниками // П.Б. Волянський, М.Л. Долгий, А.М. Макаренко, Н.В. Дрозденко, М.П. Стрюк // Інвестиції: практика та досвід : наук.-практ. журн. / Чорномор. держ. ун-т ім. Петра Могили, - № 3, 2016 стор. 63- 66.
5. Парубок О. Дидактичні умови застосування ділових ігор у професійній підготовці фахівців пожежної безпеки : автореф. дис. канд. пед. наук : 13.00.04 / О.М. Парубок ; нац. акад. прикордон. військ України ім. Б. Хмельницького. – Хмельницький, 2003. – 18 с.
6. Таймасов Ю. Розвиток професійної компетентності фахівців пожежно-рятувальної служби у системі підвищення кваліфікації: автореф. дис. канд. пед. наук; Терноп. нац. пед. ун-т ім. Володимира Гнатюка. – Тернопіль. 2016. – 20 с.
7. Таймасов Ю. Сучасні вимоги до професійної підготовки фахівця пожежно-рятувальної служби / Ю. Таймасов // Проблеми сучасної педагогічної освіти : зб. ст. – Ялта : РВВ КГУ, 2014. – Вип. 45. – Сер.: Педагогіка і психологія. – ч. 4. – С. 266–270.

*Дата надходження рукопису до редакції:* 15.01.2020 р.

**Пути совершенствования обучения  
домедицинской помощи**

Якимец В.Н., Печиборщ В.П.,  
Долгий Н.Л., Макаренко А.Н., Никоненко А.В.

В статье предлагается разработка единого алгоритма обучения с домедицинской помощи и делается попытка обосновать целесообразность создания соответствующих унифицированных учебных центров силовых министерств и ведомств.

Приводятся примеры командного обучения спасателей при предоставлении домедицинской помощи.

Акцентируется внимание на необходимости разработки обобщенных методических материалов для их применения в учебных заведениях (центрах).

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** домедицинская помощь, обучение, методические разработки, спасатели, тренинги.

**Ways of improving training on pre-medical care**

Yakymets V.N., Pechyborshch V.P.,  
Dolhiy N.L., Makarenko A.N., Nikonenko A.V.

The development of common algorithm of training on pre-medical care in the article. The attempt is also made to substantiate the expediency of creating the appropriate unified training centers of power ministries and departments.

Examples of rescue team exercises for premedical assistance are demonstrated.

The necessity of development of generalized methodological materials for application in appropriate educational establishments (centers) is emphasized.

**KEY WORDS:** pre-medical care, training, methodological instructions, rescuers, trainings.

**ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ**

**Якимець Володимир Миколайович** – доктор медичних наук, професор, Заслужений лікар України, заступник директора ДНУ «Центр інноваційних медичних технологій НАН України».

**Печиборщ В'ячеслав Петрович** – доктор медичних наук, доцент, Заслужений працівник охорони здоров'я України, завідувач науково-організаційного відділу та інформації ДНУ «Центр інноваційних медичних технологій НАН України».

**Долгий Микола Леонідович** – кандидат біологічних наук, доцент, професор кафедри домедичної підготовки Інституту державного управління у сфері цивільного захисту.

**Макаренко Андрій Миколайович** – аспірант, старший викладач кафедри домедичної підготовки Інституту державного управління у сфері цивільного захисту.

**Никоненко Ала Володимирівна** – заступник головного лікаря ДНУ «Центр інноваційних медичних технологій НАН України».

## Стан навколишнього природного середовища на сході України в результаті збройного конфлікту

<sup>1</sup>ДНУ «Центр інноваційних медичних технологій НАН України», м. Київ, Україна

<sup>2</sup>Українська військово-медична академія, м. Київ, Україна

<sup>3</sup>ТОВ «Органосін ЛТД», м. Рівне, Україна

**Мета.** Розкрити проблему впливу військових дій на навколишнє природне середовище на сході України та оцінити екологічну безпеку окупованих територій.

**Матеріали та методи.** Для досягнення мети проводилося вивчення, систематизація та аналіз інформації з різних джерел, що дозволило сформувати бачення потенційних масштабів екологічних впливів, що мали місце в результаті збройного конфлікту на Донбасі.

**Результати.** В результаті вивчення та аналізу стану навколишнього природного середовища на сході України виявлені екологічні проблеми, що підсилюються в результаті ведення бойових дій. Також значною проблемою є ускладнення можливостей контролю стану навколишнього середовища на території Донецької та Луганської областей. Всі організації, що до початку конфлікту здійснювали збір інформації про стан довкілля в Донецькій та Луганській областях, зазнали порушень у роботі, більшість з них втратили приладову базу, технічне, матеріальне та транспортне забезпечення, архіви та документацію. Скоротився обсяг звітності перед органами державної статистики. Війна на сході України призвела до серйозних екологічних наслідків – це забруднення підземних вод, водоїм, забруднення атмосферного повітря, виведення з ладу значних масивів ріллі, знищення і псування об'єктів природно-заповідного фонду, лісові пожежі та ін.

**Ключові слова:** навколишнє природне середовище, екологічна безпека, збройний конфлікт.

### ВСТУП

Воєнні дії на сході України призвели до виникнення багатьох додаткових соціальних і гуманітарних проблем. Одними з найбільш нагальних проблем, які вимагають невідкладного вирішення, є проблеми стану довкілля. Відсутність можливостей контролю усєї території Донецької та Луганської областей, фактичної відсутності контролюючих органів та постійні обстріли не дозволяють об'єктивно оцінити шкоду, нанесену довкіллю за період збройних протистоянь. Ризики, пов'язані із пошкодженням комунікацій, підприємств та інших об'єктів, що становлять підвищену екологічну безпеку, мають особливе значення, адже в умовах відсутності контролю та можливостей ліквідації їхніх негативних наслідків потенційно збільшують масштаби негативного впливу з кожним днем [1].

Військова справа, завдяки підвищеній організації та удосконаленню бойової техніки, стала все більш екологічно небезпечною для навколишнього середовища і все більш ресурсо- і природоємкою.

Не тільки бойові дії військових підрозділів, а й військові маневри, навчання і передислокація особового складу та бойової техніки завжди завдають відчутної шкоди навколишньому середовищу і природним ресурсам конкретної території регіону, де відбуваються ці дії.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для досягнення мети проводилося вивчення, систематизація та аналіз інформації з різних джерел, що дозволило сформувати бачення потенційних масштабів екологічних впливів, що мали місце в результаті збройного конфлікту на Донбасі.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Увага до проблеми екологічних наслідків бойових дій стала приділятися відносно недавно, тому аналіз ситуації в зоні конфлікту на сході України здійснювався за обмеженого набору джерел.

Сьогодні на частині територій не проводиться екологічний моніторинг, відсутня достовірна інформація про характер пошкоджень підприємств, діє режим секретності, ускладнена робота Державних екологічних інспекцій в Донецькій і Луганській областях.

Всі організації, що до початку конфлікту здійснювали збір інформації про стан довкілля в Донецькій та Луганській областях, зазнали порушень у роботі, більшість з них втратили приладову базу, технічне, матеріальне та транспортне забезпечення, архіви та документацію. Скоротився обсяг звітності перед органами державної статистики. Водночас з початку 2015 року Міністерство екології та природних ресурсів України на основі наявної інформації щомісячно готує інформаційно-аналітичні довідки про стан довкілля на сході України. Інформація щодо гуманітарної ситуації в населених пунктах, а також про випадки порушень водо-, газо- та електропостачання міститься в щоденних зведених даних Інформаційно-аналітичного центру Ради національної безпеки та оборони України [2, 3].

У невідконтрольних уряду районах Донецької області ЮНІСЕФ забезпечує оцінку ризиків у сфері водопостачання, яка включає візити до об'єктів критичної інфраструктури. В умовах обмеженості інформації дуже важливими джерелами даних є засоби масової інформації та соціальні мережі, хоча у деяких випадках точність та достовірність відповідних повідомлень треба підтверджувати за допомогою додаткових джерел.



Війна на сході України призвела до серйозних екологічних наслідків (Донецька і Луганська області) – це забруднення підземних вод, водойм, забруднення атмосферного повітря, виведення з ладу значних масивів ріллі, знищення і псування об'єктів природно-заповідного фонду, лісові пожежі та ін.

Серед безлічі промислових підприємств, пошкоджених у результаті бойових дій, виявилися найбільш екологічно небезпечні виробництва – Ясиноватський, Авдіївський і Єнакіївський коксохімічні заводи, Єнакіївський металургійний завод, Лисичанський нафтопереробний завод, Донецький казенний завод хімічних виробів, Слов'янська, Луганська і Курахівська теплові електростанції, севєродонецький «Азот» і горлівський «Стирол».

Збройний конфлікт на сході України спричинив значну екологічну шкоду. У Донецькій та Луганській областях України у ході збройного конфлікту сталося значне забруднення довкілля хімічними токсичними речовинами, уламками металів і важкими металами внаслідок артилерійських обстрілів та застосування вибухівки; утворилися численні воронки, що понівечили землю й знищили природні заповідні території, відбулося затоплення шахт, будівництво оборонних споруд, копанок, пошкодження каналізаційних і водогінних мереж.

Ризики, пов'язані з пошкодженням комунікацій, підприємств та інших об'єктів, що становлять підвищену екологічну безпеку, мають особливе значення, адже в умовах відсутності контролю й можливостей ліквідації негативних наслідків ці явища потенційно збільшують масштаби негативного впливу [4].

У результаті руйнування очисних споруд погіршився екологічний стан водних об'єктів. Мінна небезпека призвела до обмеження або втрати можливості природокористування на значних територіях. Чимало об'єктів природно-заповідного фонду, розташованих у зоні бойових дій, зазнали значної шкоди.

Унаслідок обстрілів терористичними угрупованнями так званих «ЛНР» та «ДНР», а також регулярними військами РФ, мали місце пожежі на небезпечних хімічних підприємствах, що призвело до хімічного забруднення навколишнього середовища.

Широкомасштабного характеру в результаті бойових дій набули лісові пожежі, в результаті яких постраждали тисячі гектарів лісових масивів, включаючи об'єкти природно-заповідного фонду (наприклад, регіональний ландшафтний парк «Донецький кряж»).

Агресія РФ призвела до потрапляння у довкілля шкідливих і небезпечних речовин, знищення родючого

шару ґрунту, рослинного покриву, об'єктів дикої фауни, в тому числі занесених до Червоної книги України.

Бойові дії велися, зокрема, у межах Луганського (три відділення) та Українського степового (два відділення) природних заповідників, національних парків «Меотида» і «Святі гори», регіонального ландшафтного парку «Донецький кряж».

Пожежі пошкодили ділянки заказників «Нагольчанський», «Волнухинський», «Біпоріченський», «Білогорівський», «Піщаний» на Луганщині. При цьому найбільше постраждали степові заповідники [5]. Однак, навіть попри надзвичайну значущість інформація про такі факти, на жаль, не часто фігурувала у повідомленнях із зони АТО. Часто це пов'язано з тим, що більшу увагу привертати дані щодо обстрілів, загибелі та поранень людей, катувань полонених, а часто через те, що питаннями збереження довкілля опікувалося переважно вузьке коло фахівців. Так, екологи міжнародної благодійної організації «Екологія – Право – Людина» у 2015 р. виконали дослідження впливу воєнних дій на довкілля [6], а Всеукраїнська екологічна ліга виступила співорганізатором проведеної у вересні 2015 р. конференції «Перспективи відновлення Сходу України на засадах збалансованого розвитку» [7].

У відкритих джерелах (повідомлення та публічні звіти державних органів, громадських організацій, публікації у ЗМІ, Інтернеті, соціальних мережах, звітах, доповідях, наукових статтях) йшлося про різні види шкоди, завданої довкіллю збройним конфліктом.

## ВИСНОВКИ

Отже, екологічні проблеми Донбасу, посилені кризою, негативно впливають на всі сфери суспільного життя – соціальну, економічну, гуманітарну, політичну. Зважаючи на вище сказане, військові дії на сході України завдали шкоди усім без винятку об'єктам довкілля. Значною проблемою є ускладнення можливостей контролю стану навколишнього середовища на території Донецької та Луганської областей. Фактична відсутність контролюючих органів та постійні обстріли не дозволяють на державному рівні об'єктивно оцінити шкоду, нанесену довкіллю за період збройних протистоянь. Питання екологічної безпеки регіону є критичним та потребує негайного реагування з боку усіх зацікавлених сторін та громадськості.

Перед нашою державою стоїть важливе завдання що до припинення ведення бойових дій та врегулювання конфлікту, а також подолання екологічних наслідків війни.

## ЛІТЕРАТУРА

1. <http://epl.org.ua/ekologija/dovkillja-ta-viina/doslidzhennja-epl/viiskova-agresija-ruinuje-dovkillja>.
2. <http://mediarnbo.org>.
3. Оцінка екологічної шкоди та пріоритети відновлення довкілля на сході України. – К.: ВАІТЕ, 2017. – 88 с.
4. Воєнні дії на сході України – цивілізаційні виклики людству. – Львів: ЕПЛ, 2015. – С. 7.
5. Балюк Г.І., Шомпол О.А. Національні та міжнародно-правові проблеми регулювання охорони довкілля і забезпечення екологічної безпеки під час збройних конфліктів // Адміністративне право і процес. – 2015. – № 2 (12). – С. 142–158. – Режим доступу: <http://aplaw.knu.ua/index.php/holovna/item/462-natsionalni-ta-mizhnarodno-pravoviproblymy-regulivannya-ohorony-dovkillya>.
6. Довкілля та війна [Електрон. ресурс] – Режим доступу : <http://epl.org.ua/ecology/dovkillia-ta-viina>.
7. Матеріал з Вікіпедії – вільної енциклопедії. Екологія і анексія Криму та війна на сході України 2016 р.

*Дата надходження рукопису до редакції:* 14.01.2020 р.

**Состояние окружающей среды на востоке Украины в результате вооруженного конфликта**

Якимец В.Н.<sup>1</sup>, Савицкий В.Л.<sup>2</sup>,  
Огородничук И.В.<sup>2</sup>, Якимец В.В.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>ГНУ «Центр инновационных медицинских технологий  
НАН Украины»

<sup>2</sup>Украинская военно-медицинская академия

<sup>3</sup>ООО «Органосин ЛТД»

**Цель.** Раскрыть проблему влияния военных действий на окружающую среду на востоке Украины и оценить экологическую безопасность оккупированных территорий. систематизация и анализ информации из разных источников, что позволило сформировать видение потенциальных масштабов экологических воздействий, имевших место в результате вооруженного конфликта в Донбассе.

**Результаты.** В результате изучения и анализа состояния окружающей среды на востоке Украины, обнаружены экологические проблемы, которые усиливаются в результате ведения боевых действий. Также большой проблемой является усложнение возможностей контроля состояния окружающей среды на территории Донецкой и Луганской областей. Все организации, которые до начала конфликта осуществляли сбор информации о состоянии окружающей среды в Донецкой и Луганской областях, подверглись нарушениям в работе, большинство из них потеряли приборную базу, техническое, материальное и транспортное обеспечение, архивы и документацию. Сократился объем отчетности перед органами государственной статистики. Война на востоке Украины привела к серьезным экологическим последствиям – это загрязнение подземных вод, водоемов, загрязнение атмосферного воздуха, вывода из строя значительных массивов пашни, уничтожения и порчи объектов природно-заповедного фонда, лесные пожары и др.

**Выводы.** Экологические проблемы Донбасса, усиленные кризисом, негативно влияют на все сферы общественной жизни – социальную, экономическую, гуманитарную, политическую. Военные действия на востоке Украины нанесли ущерб всем без исключения объектам окружающей среды. Значительной проблемой является усложнение возможностей контроля состояния окружающей среды на территории Донецкой и Луганской областей. Фактическое отсутствие контролирующих органов и постоянные обстрелы не позволяют на государственном уровне объективно оценить ущерб, нанесенный окружающей среде за период вооруженных противостояний. Вопрос экологической безопасности региона является критическим и требует немедленного реагирования со стороны всех заинтересованных сторон и общественности.

**ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ**

**Якимець Володимир Миколайович** – д. мед. наук, професор, Заслужений лікар України, Заступник директора ДНУ «Центр інноваційних медичних технологій НАН України».

**Савицький Валерій Леонідович** – д. мед. наук, професор, Заслужений працівник вищої школи України, начальник Української військово-медичної академії; вул. Московська 45/1 буд. 33, м. Київ 01015, Україна.

**Огороднічук Ірина Володимирівна** – д. мед. наук, доцент, професор кафедри військово-профілактичної медицини Української військово-медичної академії; вул. Московська 45/1 буд. 33, м. Київ 01015, Україна.

**Якимець Володимир Володимирович** – ТОВ «Органосін ЛТД», регіональний менеджер. carpus54@ukr.net.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** окружающая природная среда, экологическая безопасность, вооруженный конфликт.

**State of the environment in east of Ukraine in result of armed conflict**

Yakimec V.<sup>1</sup>, Savitsky V.<sup>2</sup>, Ogorodniychuk I.<sup>2</sup>, Yakimec V.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>SSI «Center for Innovative Medical Technologies of the National Academy of Sciences of Ukraine»

<sup>2</sup>Ukraine Military Medical Academy

<sup>3</sup>LLC "Organosin LTD"

**The objective.** To reveal the problem of the impact of military operations on the environment in eastern Ukraine and assess the environmental safety of the occupied territories.

**Materials and methods.** To achieve the goal, the study, systematization and analysis of information from various sources was carried out, which allowed us to form a vision of the potential extent of environmental impacts that occurred as a result of the armed conflict in the Donbass.

**Results.** As a result of studying and analyzing the state of the environment in the east of Ukraine, environmental problems have been discovered that are intensified as a result of the hostilities. Also a big problem is the complication of environmental monitoring capabilities in the Donetsk and Lugansk regions. All organizations that collected information on the state of the environment in the Donetsk and Lugansk regions before the conflict began were affected by work disruptions, most of them lost their equipment, technical, material and transport support, archives and documentation. The volume of reporting to state statistics bodies has decreased. The war in eastern Ukraine led to serious environmental consequences – this is the pollution of groundwater, water bodies, air pollution, the destruction of significant tracts of arable land, the destruction and damage of objects of the nature reserve fund, forest fires, etc.

**Conclusions.** The environmental problems of Donbass, aggravated by the crisis, negatively affect all spheres of public life – social, economic, humanitarian, political. Military operations in the east of Ukraine caused damage to all environmental objects without exception. A significant problem is the increasing complexity of environmental monitoring in the Donetsk and Lugansk regions. The actual absence of regulatory bodies and constant shelling do not allow at the state level to objectively assess the damage to the environment during the period of armed confrontations. The issue of environmental safety of the region is critical and requires an immediate response from all interested parties and the public.

**KEY WORDS:** natural environment, environmental safety, armed conflict.

Каратавцев Р.Л.

## До питання забезпечення закладів охорони здоров'я високовартісним обладнанням

ДП «Політехмед» МОЗ України, м. Київ, Україна

**Мета:** визначити проблеми в забезпеченні закладів охорони здоров'я високовартісним обладнанням.

**Матеріали та методи.** Матеріалами дослідження стали дані оперативного моніторингу по забезпеченню закладів охорони здоров'я України високовартісним обладнанням. При виконанні дослідження використано статистичний метод та метод структурно-логічного аналізу.

**Результати.** В ході дослідження встановлено, що одним із важливих чинників для укладання договорів на надання медичної допомоги в рамках програми державних гарантій безоплатної медичної допомоги між закладами охорони здоров'я і Національною службою здоров'я України є забезпеченість закладів визначеними табелями оснащення обладнанням. При цьому встановлено, що заклади охорони здоров'я в усіх регіонах України повністю даним обладнанням не забезпечені, що ставить під загрозу забезпечення країни необхідними видами та рівнями доступної медичної допомоги.

**Висновки.** Встановлена ситуація потребує детального вивчення спроможності закладів охорони здоров'я в регіонах України, за рівнем забезпеченості обладнанням, забезпечити населення різними видами медичної допомоги в рамках програми державних гарантій безоплатної медичної допомоги та пошуку можливих шляхів рішення проблеми.

**Ключові слова:** заклади охорони здоров'я, реформа, високовартісне обладнання, забезпечення, використання.

### ВСТУП

В теперішній час в Україні проводиться підготовка до другого етапу реформи охорони здоров'я по впровадженню програми державних безоплатної медичної допомоги, яка затверджена Законом України „Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення” [1]. З метою реалізації другого етапу реформи і укладання договорів між закладами охорони здоров'я (ЗОЗ) і Національною службою здоров'я України (НСЗУ) на надання медичної допомоги та її фінансування розроблено та затверджено пакети медичних послуг, які включають умови закупівлі медичних послуг за напрямом надання медичної допомоги із вимоги до переліку обладнання [2]. Таким чином, щоб ЗОЗ уклав угоду з НСЗУ він обов'язково повинен мати відповідне обладнання.

В Україні в попередні роки проводилися дослідження по забезпеченню ЗОЗ обладнанням та вивченню ефективності його використання, але вони виконувалися в інших організаційних умовах діяльності системи охорони здоров'я [3–5].

**Мета** – визначити проблеми в забезпеченні закладів охорони здоров'я високовартісним обладнанням.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Матеріалами дослідження стали дані оперативного моніторингу по забезпеченню закладів охорони здоров'я України високовартісним обладнанням. При виконанні дослідження використано статистичний метод та метод структурно-логічного аналізу.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

В ході дослідження встановлено, що на балансі закладів охорони здоров'я вторинного рівня знаходилося 179 888 одиниць високовартісного обладнання вартістю 8692 636,66 тис. грн. За показниками кількості та вартості забезпеченість закладів охорони здоров'я вторинного рівня в розрізі регіонів має достовірні відмінності. Найбільша чисельність вказаного обладнання зареєстрована в Донецькій (22261), Дніпропетровській (12251) та Луганській (11154) областях і в місті Києві (15330), а найменша чисельність у Кіровоградській (2652) та Чернівецькій (2851) областях країни. Найвища вартість високовартісного обладнання знаходиться в закладах охорони здоров'я Донецької області (на суму 876154,27 тис. грн) і в міста Києва (на суму 770389,0 тис. грн), а найменша – в закладах охорони здоров'я Чернівецької області (на суму 89273,60 тис. грн). При цьому в Кіровоградській області при одному з найнижчих рівнів чисельності обладнання (2652 одиниць) його вартість була найвищою (на суму 1 739 893,64 тис. грн).

На балансі закладів охорони здоров'я третинного рівня медичної допомоги зареєстровано 81403 одиниць високовартісного обладнання вартістю 6225 582,58 тис. грн з статистично значимою різницею показників забезпечення за регіонами країни. Найбільша чисельність вказаного обладнання знаходилася на балансі закладів охорони здоров'я Донецької (6756), Харківської (5571), Луганської (4763) та Дніпропетровської (4547), а найменша чисельність в закладів охорони здоров'я Волинської (1594) та Чернігівської (1701) областей країни. Встановлено, що чисельність обладнання та його вартість між собою не корелюють. Так, в усіх регіонах України заклади охорони здоров'я вторинного рівня медичної допомоги не оснащені відповідно до затверджених МОЗ України табелів

оснащення. Відповідний рівень оснащення є вимогою для майбутнього укладання договорів між ЗОЗ та Національною службою здоров'я на надання медичної допомоги населенню в рамках державних гарантій безоплатної медичної допомоги. Найвищі рівні оснащення ЗОЗ зареєстровано в Одеській (87,9% ЗОЗ), Кіровоградській (83,67% ЗОЗ), Херсонській (84,6% ЗОЗ) та Вінницькій (82,7% ЗОЗ) областях, а найнижчі рівні оснащення ЗОЗ зареєстровано у Луганській (40,7% ЗОЗ), Черкаській (51,93% ЗОЗ) і Тернопільській (53,14%) областях. У закладах охорони здоров'я третинного рівня медичної допомоги нижче ніж на 80% до табелів оснащення оснащеність зареєстрована у 74,1% регіонах країни з найнижчими рівнями в Луганській (27,93% ЗОЗ), Чернігівській (40,21% ЗОЗ), Київській (45,7% ЗОЗ) областях. Найвищі показники відповідності табелям оснащення зареєстровані в м. Києві (89,5% ЗОЗ) та Одеській (87,59% ЗОЗ), Кіровоградській (85,6% ЗОЗ) і Запорізькій (83,9% ЗОЗ) областях.

Також проведено дослідження щодо використання високовартісного обладнання в розрізі регіонів країни. Досліджено питання якісного стану високовартісного обладнання, інтенсивності його використання та причини невикористання.

В ЗОЗ вторинного рівня медичної допомоги 89,82% даного обладнання вартістю 187 898 тис. грн знаходилося у робочому стані, при цьому 2,49% обладнання вартістю 5286,49 тис. грн вимагало поточного ремонту, 2,59% вартістю 3629,48 тис. грн вимагало капітального ремонту, 4,80% вартістю 8508,89 тис. грн уже ремонту не підлягало. Необхідно зазначити, що 8,11% обладнання вартістю 15 179,8 тис. грн не експлуатувалося у тому числі за наступних причин: відсутність розхідних матеріалів 0,70%, відсутності дозволу на його експлуатацію 0,01%, відсутності медичного персоналу 0,09%, не було введено в експлуатацію 0,1%, та з інших причин 7,22% одиниць обладнання.

По ЗОЗ третинного рівня надання медичної допомоги 89,42% одиниць обладнання вартістю 559 039,93 тис. грн. знаходилося у задовільному стані, 5,91% обладнання вартістю 155 838,21 тис. грн потребувало поточного ремонту, 2,1% одиниць обладнання вартістю 5495,15 тис. грн потребувало капітального ремонту, 1,52% обладнання вартістю 7167,77 тис. грн ремонту не підлягало. При цьому не використовувалося 6,15% одиниць обладнання на суму 155 839 тис. грн у тому числі внаслідок: відсутності витратних матеріалів 1,16%

одиниць, відсутності дозволу на експлуатацію 0,06% одиниць, відсутності медичного персоналу 0,13% одиниць, не введено в експлуатацію 0,9% одиниць, з інших причин 3,91% одиниць обладнання.

В 2018 році в закладах охорони здоров'я країни не встановлено високовартісне обладнання, яке було закуплено в попередні роки за видатки місцевих бюджетів вартістю 126 568,1 тис. грн. Найвищі суми неефективно використаних коштів місцевих бюджетів на придбання обладнання зареєстровано в: Донецька обл. – 73 519,2 тис. грн, Луганська обл. – 25 532,8 тис. грн, м. Київ –16 749,2 тис. грн. Причинами невикористання обладнання, яке було закуплено за видатки місцевих бюджетів стали відсутність необхідних приміщень, відсутність медичних працівників, відсутність дозвільних документів для введення в експлуатацію, відсутність фінансування для введення в експлуатацію.

В закладах охорони здоров'я досліджених регіонів країни не введено в експлуатацію 23 одиниці медичного високовартісного обладнання, яке було закуплене в попередні роки за видатки державного бюджету вартістю 14 207,924 тис. грн. Основною причиною не використання обладнання стало припинення дії державної реєстрації визначених медичних виробів.

**Перспективи подальших досліджень** пов'язані із вивченням спроможності закладів охорони здоров'я спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги в регіонах України, за рівнем забезпеченості обладнанням, забезпечити населення різними видами медичної допомоги в рамках програми державних гарантій безоплатної медичної допомоги та з пошуком можливих шляхів рішення проблеми.

## **ВИСНОВКИ**

В ході дослідження встановлено, що одним із важливих чинників для укладання договорів на надання медичної допомоги в рамках програми державних гарантій безоплатної медичної допомоги між закладами охорони здоров'я і Національною службою здоров'я України є забезпеченість закладів визначеними табелями оснащення обладнанням. При цьому встановлено, що ЗОЗ в усіх регіонах України повністю даним обладнанням не забезпечені, що ставить під загрозу забезпечення країни необхідними видами та рівнями доступної медичної допомоги.

## **ЛІТЕРАТУРА**

1. Закон України „Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення” 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII [Електронний ресурс]. Режим доступу: [http://search.ligazakon.ua/l\\_doc2.nsf/link1/T172168.html](http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/T172168.html). – Назва з екрану.
2. Пакети медичних послуг. Зміст та підхід до контрагування закладів охорони здоров'я. Національна служба здоров'я України. – Київ, 2020. – 59 с.
3. Результати інвентаризації високовартісного обладнання у комунальних закладах охорони здоров'я вторинного та третинного рівнів надання медичної допомоги в Україні / М.В. Шевченко, В.О. Лазаренко, Р.Л. Картавцев // Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2013 рік [монографія] / за ред. О. С. Мусія. – К., 2014. – С. 259–270.
4. Забезпеченість закладів охорони здоров'я високовартісним обладнанням. 2013 рік / В.В. Лазоришенець, Г.О. Слабкий, Р.Л. Картавцев, І.П. Семенів та ін. [монографія]. – К. : «МП Леся», 2014. – 192 с.

5. Качур О.Ю. Основні показники діяльності рентгенологічної служби системи охорони здоров'я України / О.Ю. Качур // Вісн. соц. гігієни та орг. охорони здоров'я України. – 2013. – № 4. – С. 9–12.

*Дата надходження рукопису до редакції:* 12.02.2020 р.

***К вопросу обеспечения учреждений здравоохранения дорогостоящим оборудованием***

*Картавец Р.Л.*

ГП «Политехмед» МЗ України, г. Киев, Украина

**Цель:** определить проблемы в обеспечении учреждений здравоохранения дорогостоящим оборудованием.

**Материалы и методы.** Материалами исследования стали данные оперативного мониторинга по обеспечению учреждений здравоохранения Украины дорогостоящим оборудованием. В ходе исследования использованы статистический метод и метод структурно-логического анализа.

**Результаты.** В ходе исследования установлено, что одним из важных показателей для заключения договоров об оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи между учреждениями здравоохранения и Национальной службой здоровья Украины является обеспеченность учреждения оборудованием, определенным табелями оснащения. При этом установлено, что учреждения здравоохранения во всех регионах Украины полностью данным оборудованием не обеспечены, что ставит под угрозу обеспечение страны необходимыми видами и уровнями доступной медицинской помощи.

**Выводы.** Установленная ситуация требует детального изучения возможностей учреждений здравоохранения в регионах Украины, по уровню обеспеченности оборудованием, обеспечить население разными видами медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи и поиска возможных путей решения проблемы.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** учреждения здравоохранения, реформа, дорогостоящее оборудование, обеспечение, использование.

**ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРА**

**Картавец Ростислав Леонідович** – к.мед.н., Генеральний директор ДП "Політехмед"; вул. Нагірна, 25–27, м. Київ, 04107, Україна; e-mail: ptmref@ukr.net.

***To the issue of health care institutions provision with highly expensive equipment***

*Kartavtsev R.L.*

PI "Polytechmed" MoH of Ukraine, Kyiv, Ukraine

**Goal of research:** to determine the problems in the provision of health care establishments with highly expensive equipment.

**Materials and methods.** The data of operational monitoring of health care establishments of Ukraine with highly expensive equipment were used as the materials of research. The statistical method and the method of structural-and-logical analysis were applied in the course of research.

**Results.** It was determined in the course of study that one of the important factors for the conclusion of contracts for providing medical care in the framework of the State Guarantees Program of free medical care between the health care institutions and the National Health Service of Ukraine is the provision of institutions with defined by timesheets equipment. At the same time, it is defined that health care institutions in all regions of Ukraine are not fully equipped with this kind of equipment, which threatens to provide the necessary types and levels of the available medical care to the country.

**Conclusions.** The established situation requires a detailed study of the capacity of health care institutions in the regions of Ukraine, in terms of equipment availability, to provide the population with different types of medical care within the framework of the State Guarantees Program of free medical care and finding possible ways to solve the problem.

**KEY WORDS:** health care institutions, reform, highly expensive equipment, provision, operation.

## Аналіз сучасної медичної реформи в стоматологічній сфері України

Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя, Україна

Визначено місце стоматологічній допомозі в реформованій системі охорони здоров'я на етапі впровадження державних гарантій медичної допомоги.

**Ключові слова:** охорона здоров'я, реформа, стоматологічна допомога.

### АКТУАЛЬНІСТЬ

На сьогоднішній день здоров'я – це одне із найважливіших питань, що хвилює людство. Сила нації – у її людях. Нашій країні для гармонійного розвитку необхідно створити такі умови, щоб вони почували себе комфортно щодо надання послуг в сфері охорони здоров'я.

Якщо порівняти рівень охорони здоров'я в Україні з країнами ЄС, то отримуємо такі дані:

- 1) кількість закладів первинної медичної допомоги на 10 тис. населення в Україні учетверо менша, ніж у країнах ЄС: у нас – 1,2, у них – 4,9;
- 2) чисельність лікарів первинної ланки у півтора рази менша, ніж у країнах Євросоюзу.

**Мета** – визначити місце стоматологічній допомозі в реформованій системі охорони здоров'я.

**Матеріали та методи:** Конституція України, постанови Верховної Ради України, Укази Президента України, акти Кабінету Міністрів України.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Відповідно до Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» стоматологія винесена в «червону зону»: ніякої державної підтримки стоматології сьогодні, на жаль, немає. Більше того, дехто вважає, що стоматологія – це не медична галузь, а стан зубів і порожнини рота жодним чином не пов'язані із загальним здоров'ям. Це абсолютно не так.

Стоматологи і лікарі загальної практики – сімейної медицини навчаються за різними програмами. Звісно, сімейні лікарі більш обізнані щодо загального стану здоров'я пацієнта, але вони не мають практичних навичок, щоб видалити зуб, вилікувати пульпіт, зробити розтин абсцесу. Відповідно до кваліфікаційних характеристик стоматологічну допомогу повинні надавати виключно особи з вищою медичною освітою за фахом «Стоматологія» і сертифікатом про право на здійснення стоматологічної діяльності. Тому перекласти цей обов'язок на сімейного лікаря неможливо.

Зараз із 26 тис. стоматологів у сільській місцевості працює близько 3 тисяч. Забезпеченість такими фахівцями у середньому по Україні становить 6,3; у сільській місцевості – 2,3 на 10 тис. населення. Хоча, відповідно до законодавства, доступ населення до медичної допомоги (у тому числі стоматологічної) має бути рівним, незалежно від регіону проживання.

Основним пріоритетом для стоматологів є забезпечення доступності профільної допомоги у сільській місцевості і досягнення мети 80/20: середня тривалість життя українців повинна становити 80 років, а в порожнині рота у цьому віці має зберігатися 20 власних зубів.

Відкрити стоматологічний кабінет не так просто, як амбулаторію. Це вимагає спеціального ремонту, особливих систем комунікації, значних матеріальних затрат.

Аби стоматологічна допомога залишилася доступною для населення, слід:

- 1) забезпечити наявність стоматологів на первинці;
- 2) зберегти мережу стоматологічних кабінетів у сільській місцевості в комунальній власності;
- 3) підтримати на рівні громади запровадження програм із профілактики стоматологічних хвороб.

При цьому потреба у стоматологічній допомозі вкрай висока. За кількістю відвідувань стоматологія посідає друге місце (понад 43 млн звернень протягом 2019 р.). У дослідженні, проведеному у 2019 р., більше половини оглянутих дорослих пацієнтів потребували стоматологічної допомоги. Оскільки останнім часом її доступність знизилася, стоматологію «вितісняють» на госпрозрахунок, це відобразилося на структурі звернень. Пацієнтів, які відвідують лікарів із профілактичною метою, лише 5%. Переважна більшість хворих переступають поріг стоматологічного кабінету тільки тоді, коли біль стає нестерпним. Зрозуміло, що в ускладнених випадках вартість лікування значно вища порівняно із профілактикою.

Послуги стоматолога на сьогоднішній день високовартісні. Але ж стоматолог повинен придбати пломбувальний матеріал, інструменти. Існує практика, коли фахівців змушують купувати їх за власний кошт і «добровільно» дарувати клініці. Значна частка пацієнтів звертається із запальними, больовими синдромами. Деколи їм не вистачає коштів навіть на анестезію для видалення зуба. Якщо ми припинимо лікувати таких хворих, то ситуація швидко стане катастрофічною, адже усунення ускладнень, протезування є значно дорожчими.

Доведено (FDI World Dental Federation, 2015), що при хворобах ясен зростає ризик виникнення хронічної неінфекційної патології: кардіоваскулярних захворювань, онкопатології, респіраторних порушень (зокрема хронічне обструктивне захворювання легень), цукрового діабету. А ще – підвищується імовірність передчасних пологів. Тому, забезпечивши здоров'я ротової порожнини, можна знизити ризик розвитку зазначених станів.

Заробітна плата лікарів залежатиме від кількості укладених декларацій. Насправді такої залежності немає,

адже декларація укладається не між лікарем і пацієнтом, а між юридичною особою (ліцензіатом) і пацієнтом. ПІБ лікаря у ній не зазначено. Юридична особа отримує кошти від Національної служби здоров'я України (НСЗУ), а потім розподіляє їх між лікарями відповідно до штатного розпису, що діє в цьому закладі. Корикувати щось можна лише в рамках внутрішніх домовленостей. При цьому головний лікар закладу не має права відходити при розподілі коштів від штатного розпису і тарифної сітки, оскільки вона досі не скасована. Колективний договір не може змінювати нормативно-правові документи. Існують можливості для виплати надбавок, премій, доплат, але це не вважається базовою заробітною платою. Тож не впливатиме на пенсію та інші соціальні виплати.

### ВИСНОВКИ

Проаналізувавши сучасне становище у стоматологічній сфері, ми можемо зазначити таке:

По-перше, фінансування з боку держави у стоматологічній сфері перебуває на дуже мізерному рівні, не зважаючи на попит населення. Стоматологічну допомогу повинні надавати виключно особи з вищою медичною освітою і сертифікатом про право на здійснення стоматологічної діяльності. У жодному разі не можна віддавати цю прерогативу сімейному лікарю, він не виконає якісно своїх функціональних обов'язків. Щодо загального стану здоров'я людини, сімейний лікар обізнаний, але не треба забувати, що є вузькі, але не менш

з важливі спеціалісти. Від стану ротової порожнини залежить повноцінне здоров'я людини.

По-друге, потреба у стоматологічних послугах, дуже важлива, її не слід недооцінювати. Нині у сільській місцевості дефіцит кваліфікованих лікарів-стоматологів. Не зважаючи на соціальне становище людини, всі повинні отримувати якісну медичну допомогу. Основний акцент потрібно зробити на доступність. Із 26 тис. лікарів-стоматологів приблизно 3 тис. працює в сільській місцевості. Все це пов'язано з фінансовим становищем. На сьогоднішній день послуги високоартісні. Але ж стоматолог повинен придбати пломбувальний матеріал, інструменти.

По-третє, заробітна плата лікарів залежатиме від кількості укладених декларацій. На сьогоднішній день із кожних 10 приватних клінік в Україні сім є стоматологічними, 90% послуг «зубника» надає приватний сегмент стоматології. Найбільш розвинена сфера стоматологічних послуг в українських мегаполісах і передусім у м. Києві. Саме тут розташовані клініки, укомплектовані найсучаснішим обладнанням та досвідченими лікарями. Однак, як не дивно, не зважаючи на столичний статус, високу конкуренцію на місця в інститутах на спеціальність стоматолога і хороші зарплати, саме Київ стикається з браком фахівців. У головному місті країни на 10 тис. його жителів припадає лише 5,3 стоматолога. У середньому по всій Україні таку саму кількість громадян обслуговує 6,3 профільних лікарів. До речі, усього в країні офіційно діють приблизно 26500 дипломованих фахівців-стоматологів.

### ЛІТЕРАТУРА

1. Верховна Рада України. Закон № 418-IX від 20.12.2019 р., № 421-IX від 20.12.2019 р.
2. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19.10.2017 р.
3. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України: із змінами і доповненнями, внесеними Законами України від 14.11.2019 р. № 294-IX та від 20.12.2019 р. № 421-IX.
4. Про стоматологічну діяльність: проект Закону України від 31.05.2016 р. № 4736.

*Дата надходження рукопису до редакції:* 20.02.2020 р.

### *Анализ современной медицинской реформы в стоматологической сфере Украины*

*Чернявский В.В.*

Запорожский государственный медицинский университет

Определено место стоматологической помощи в реформированной системе системы здравоохранения на этапе внедрения государственных гарантий медицинской помощи.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** здравоохранение, реформа, стоматологическая помощь.

### *Analysis of modern medical reform in the dental field of Ukraine*

*Chernyavskiy V.V.*

Zaporizhzhya State Medical University

The place of dental care in the reformed health care system at the stage of implementation of state guarantees of medical care has been determined.

**KEY WORDS:** health care, reform, dental care.

### ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРА

**Чернявський Вадим Віталійович** – асистент кафедри терапевтичної, ортопедичної та дитячої стоматології Запорізького державного медичного університету. elena\_ch.mail@ukr.net.

Ковач М.А.  
Науковий керівник: Потокій Н.Й.

## Оцінка епідеміологічної ефективності імунопрофілактики вірусного гепатиту В в Україні та в Закарпатській області

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

В статті наведено аналіз епідеміологічної ефективності імунопрофілактики вірусного гепатиту В в Україні та в Закарпатській області.

**Ключові слова:** вірусний гепатит В, епідеміологія, імунопрофілактика.

### ВСТУП

Вірусні гепатити (ВГ) через широку розповсюдженість, особливості шляхів передачі, труднощі діагностування, розвиток серйозних ускладнень хвороби, обмежений доступ до лікування, а також низький рівень усвідомленої поінформованості загального населення та медичних працівників є значним тягарем для системи охорони здоров'я.

За новими даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), імовірно 257 мільйонів людей у світі живуть з хронічною інфекцією, викликаною вірусом гепатиту В (ВГВ). Рівні смертності та числа нових інфекцій в світі зростають. У 2015 р. [1] 1,34 мільйонів випадків смерті було зумовлено вірусними гепатитами – це число можна порівняти з числом випадків смерті від туберкульозу і ВІЛ. Але якщо смертність від туберкульозу [2] та ВІЛ [3] знижується, то число випадків смерті від гепатиту зростає.

За оцінками експертів, в Україні близько 1,5% (632,5 тис.) людей інфіковано вірусом гепатиту В, але під медичним наглядом перебуває тільки 23 687 осіб (3,7%) [4]. Отже, значна кількість населення ще не знає про свій діагноз і не має доступу до лікування та створює небезпеку подальшого поширення інфекції.

У 2016 році ВООЗ поставила за мету знизити до 2030 року рівень нових випадків інфікування вірусними гепатитами на 90%, а рівень смертності – на 65% (порівняно з показниками 2015 р.) [5]. Одним з визначених основних цільових показників для досягнення поставленої мети є широке впровадження профілактики поширення вірусу гепатиту В шляхом вакцинації – охоплення щепленням щонайменше 90% немовлят (три дози вакцини) на кінець 2030 року. Дане питання є актуальним і для України.

**Мета:** оцінити епідеміологічну ефективність імунопрофілактики вірусного гепатиту В в Україні та в Закарпатській області.

### РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Оцінка епідеміологічної ефективності імунопрофілактики вірусного гепатиту В в Україні піднімає найперше питання розгляду даних статистичної звітності

по інфікованих особах та проведених вакцинаціях населення.

Нагадаємо, що гепатит В реєструється в Україні з 1970 року. Статистичні дані [6] з цього часу і до сьогодні показують, що епідемічна динаміка захворюваності отримувала суттєві зміни – від критичного зростання у 1970-1989 рр. (з 6,8 до 31,5 на 100 тис. населення) до поступового зниження у наступні 1990-1996 рр. (з 29,60 до 23,36 на 100 тис. населення). В 1997–2002 рр. бачимо коливанням рівнів захворюваності та наступного зменшення кількості випадків ГВ протягом 2002-2009 рр. (з 18,49 до 5,32 на 100 тис. населення) (рис. 1).

У 2010–2012 роках спостерігалось подальше зниження показників захворюваності на ГВ (з 2,38 до 1,82 на 100 тис. населення) (рис. 2).

За 2013–2017 роки захворюваність на ГВ в загальному зменшилась, з невеликим коливанням від мінімального 3,08 на 100 тис. населення у 2014 р. до максимального – 3,98 на 100 тис. населення – у 2013 р. (рис. 3).

В свою чергу в наступних роках спостерігалось подальше зниження захворюваності: в 2018 році було зареєстровано 3,42 хворих на 100 тис. населення [7], а 2019 – 3,11 на 100 тис. населення [8].

Аналіз багаторічної динаміки розвитку епідемічного ГВ в Україні показав, що з 1970 р. й до 1989 р. показники захворюваності зросли у 4,6 разів – з 6,8 до 31,5 на 100 тис. населення. Зростання захворюваності за цей період відбувалося на тлі збільшення кількості лікувально-профілактичних закладів, їх ліжкового фонду, кількості амбулаторно-поліклінічних закладів, показників шпиталізації хворих у стаціонари різного профілю та рівня надання амбулаторної допомоги тощо.

Це призвело до значного розширення об'єму медичної допомоги, у тому числі до збільшення числа лікувально-діагностичних і профілактичних парентеральних втручань. Як наслідок, за період спостереження визначальним чинником, що сприяв поширенню і росту захворюваності на ГВ, був штучний парентеральний шлях передачі збудника при проведенні медичних маніпуляцій. Безумовно, мало місце й статистичне зростання захворюваності, пов'язане з постійним покращенням клінічної та лабораторної діагностики цієї інфекції.



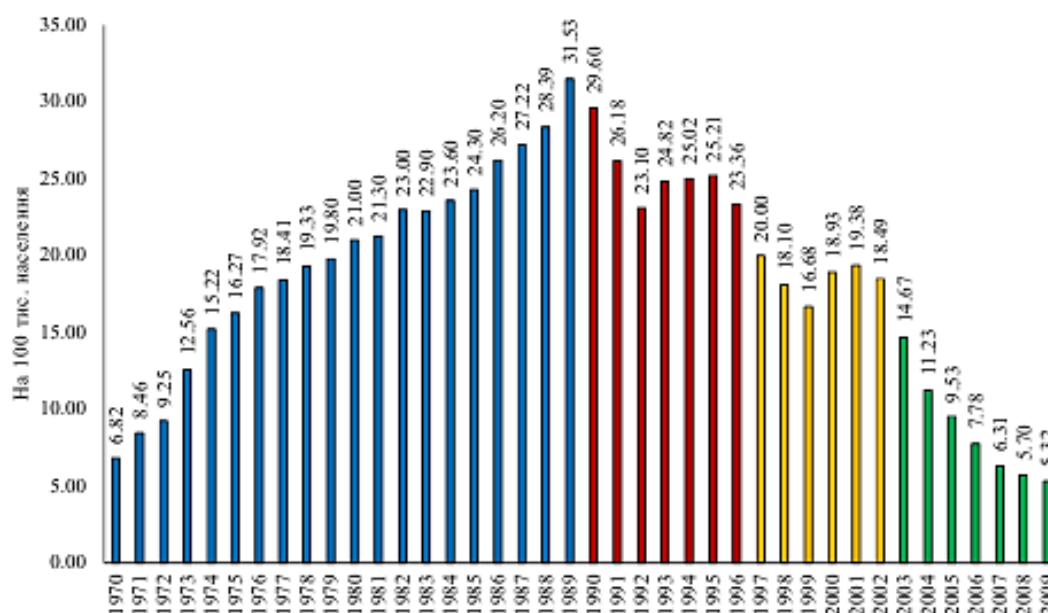


Рис. 1. Динаміка захворювань на гепатит В у 1970–2009 рр.

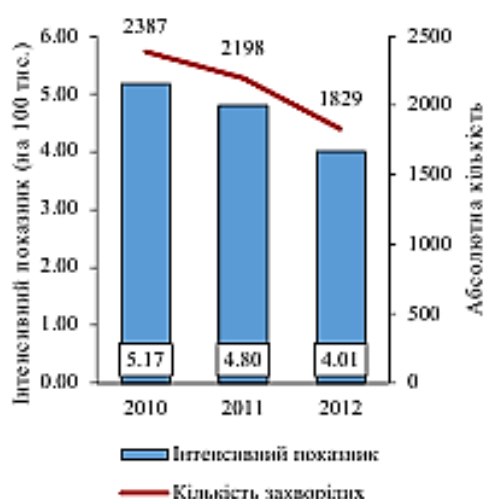


Рис. 2. Динаміка захворювань на гепатит В у 2010–2012 рр.

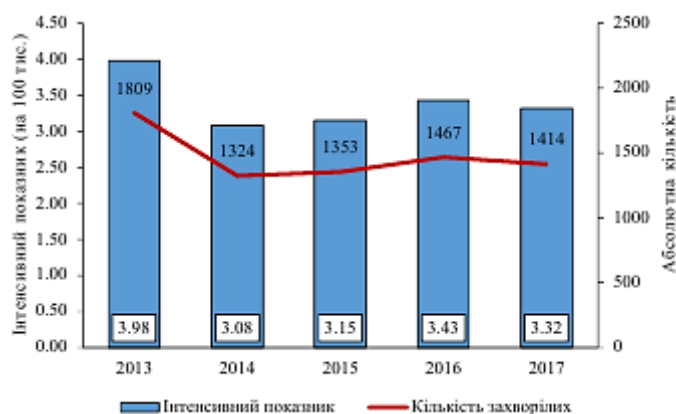


Рис. 3. Динаміка захворювань на гепатит В у 2013–2017 рр.

У зв'язку з епідемічною ситуацією, що склалася, була проведена робота з підвищення ефективності профілактики ГВ і, в першу чергу, з впровадження та реалізації комплексу заходів, спрямованих на попередження штучного парентерального інфікування при медичних втручаннях. Після максимального підйому в 1989–1990 рр. в наступні 6 років (1991–1996 рр.) захворюваність на ГВ, що реєструється, дещо знизилась і складала в середньому 24,6 на 100 тис. населення. За 1997–2002 рр. тенденція до зниження захворюваності зберігалася, проте її рівень залишався достатньо високим (середньорічний показник складав 18,1 на 100 тис. населення), що в 5 і більше разів вище, ніж в країнах Європейського Союзу [9]. Починаючи з 2003 р. по 2019 р. рівень захворювань значно знизився і за цей період середній показник захворюваності на ГВ по Україні становив 3,45 на 100 тис. населення [10].

Подібні тенденції були характерними для більшості регіонів України, попри суттєву територіальну нерівномірність у рівнях захворюваності, що реєструється. У територіальному розподілі найвищі показники захворюваності на ГВ серед всього населення стабільно фіксувалися у м. Києві, Львівській, Київській та Харківській областях – у 1,7–1,4 разів вище, ніж у середньому по Україні; найнижчі – у Луганській, Хмельницькій та Івано-Франківській областях – у 3,1–1,9 разів менші за «середньо-українські». По Закарпатській області показники досягли 3,22 на 100 тис. населення що є нижче середнього рівня захворюваності (рис. 4).

Нажаль, на сьогодні немає можливості вказати більше детальні статистичні дані по Закарпатській області, оскільки відсутній офіційний статистичний реєстр захворювань ГВ, однак це являється пріоритетним завданням автора для подальшого дослідження.

Вказана загальна тенденція до зниження захворюваності за останні роки обумовлена багатьма чинниками, включаючи імунпрофілактику вірусного гепатиту В, яку детальніше буде розглянуто нижче.

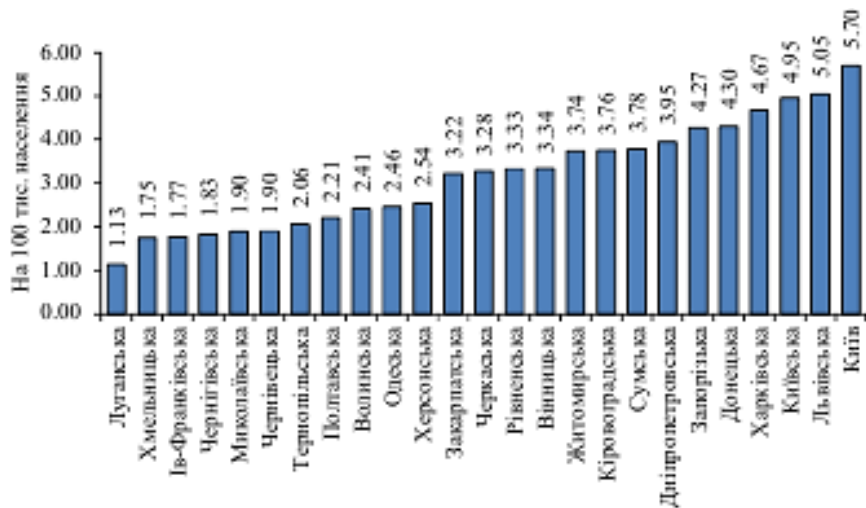


Рис. 4. Середні багаторічні показники захворюваності на ГВ в регіонах України у 2013–2017 рр.

Імунопрофілактика залишається найбільш ефективний та довготривалим засобом захисту проти ВГВ. В одному з масштабних досліджень проведеному ВООЗ, аналіз у підгрупах дітей показав високоефективний захист протягом 15 років: проти інфікування ВГВ – 67,0%. Більше того, обсерваційні дослідження продемонстрували ефективність первинного курсу вакцинації проти гепатиту В у попередженні виникнення інфекції упродовж 22 років після вакцинації [11].

В першу чергу вакцинація проти ВГВ почала проводитись дітям, які були народжені інфікованими матерями. На даний час в багатьох країнах світу проводиться планова імунізація всіх новонароджених. В найбільш проблемних регіонах ефективність масової вакцинації новонароджених отримала найбільше підтвердження, оскільки захищає дітей раннього віку, попереджає життєво небезпечні наслідки – хронізацію захворювання, можливість розвитку цирозу, гепатоцелюлярної карциноми в майбутньому.

Ефективність впливу вакцинації на епідемічний процес при ГВ залежить від стратегії її проведення. У свою чергу стратегія вакцинації визначається епідеміологічними особливостями, характерними для конкретного регіону. У регіоні з високим рівнем поширеності інфекції найбільший ризик інфікування схильні діти молодшого віку в результаті заражень перинатальним шляхом або при побутових перкутанних контактах. Тому в місцевості високо-ендемічних щодо ГВ стратегія загальної вакцинації новонароджених виявилася найбільш ефективною. У регіоні із середнім ендемічністю найбільш інтенсивне поширення інфекції відбувається в групах ризику: серед ін'єкційних споживачів наркотиків, а також серед осіб, які практикують незахищені сексуальні контакти з різними партнерами. Попередження поширення ГВ найбільш ефективно може бути досягнуто при вакцинації підлітків, які потенційно можуть поповнити групи ризику або мати з ними небезпечні контакти. Особливо можна виділити окрему групу «медичного ризику», до якої відносяться медичні працівники, а також пацієнти, які мають високий ризик зараження в результаті парентеральних медичних втручань [12].

Велике значення має профілактика перинатального інфікування ВГВ. З цією метою передбачено функціонування налагодженої системи виявлення інфікованих серед вагітних. Діти, народжені такими матерями, повинні бути своєчасно і правильно імунізовані. Уникнути важких ускладнень гепатиту вагітним можливо, регулярно здаючи аналізи на гепатит, інші статеві інфекції і обов'язково спланувавши вагітність. Під час вагітності частіше відбувається зараження ГВ тобто передаються через кров. Це може бути пов'язано з тим, що під час вагітності жінка часто піддається безлічі медичних маніпуляцій. Зараження дитини може статися під час вагітності через плаценту або під час пологів. Профілактику вродженої форми ГВ рекомендується проводити за допомогою вакцинації новонароджених, чиї матері мають вірус гепатиту В. Однак відсоток дітей – носіїв гепатиту В від народження досить великий. Після пологів гепатит від матері до дитини може передатися, наприклад, через тріщини в сосках під час годування грудьми, але такі випадки поодинокі.

В Україні з 2000 р. вакцинація проти ГВ включена в календар профілактичних щеплення. Відповідно до чинного наказу Міністерства охорони здоров'я від 31.10.2000 р. № 276 «Про порядок проведення профілактичних щеплення в Україні» усі діти та підлітки віком до 18 років, які раніше не були щеплені, повинні отримати вакцинацію від ВГВ. Згідно з рекомендаціями, усі діти грудного віку повинні отримувати щеплення проти гепатиту В якомога раніше після народження, бажано впродовж перших 24 годин життя [13].

Процес імунізації складається із введення трьох доз вакцини згідно з наступною схемою:

- 1-а доза: для новонароджених дітей перша доба від народження, для дорослих обрана дата);
- 2-а доза: через 1 (2) місяці після введення першої дози;
- 3-я доза: через 6 місяців після введення першої дози.

Щеплення дітей і, зокрема, щеплення проти гепатиту В впродовж 24-х годин після народження на 90–95% ефективне в запобіганні інфекції вірусу гепатиту В,

а також у зменшенні передачі вірусу гепатиту В, якщо слідуєть принаймні ще дві дози [14].

Наказом МОЗ України № 276 від 11.08.2014 № 551 «Про удосконалення проведення профілактичних щеплень в Україні» крім новонароджених, як **обов'язкове, передбачено щеплення** проти ГВ у медичному супроводі осіб, раніше не щеплених, за станом здоров'я: при хронічних ураженнях печінки, трансплантації органів і тканин, гемодіалізі (стосується дітей), багаторазових довготривалих переливаннях донорської крові або її препаратів, планових оперативних втручаннях.

Крім обов'язкових **передбачені рекомендовані щеплення** – особам, які наражаються на високий медичний і поведінковий ризик інфікування HBV:

- медичні працівники;
- військовослужбовці;
- співробітники МВС України;
- пожежні;
- персонал служб соціального призначення;
- персонал і пацієнти закритих закладів;
- персонал та особи, які перебувають у закладах виконання покарань;
- персонал сфери послуг, який за специфікою своєї професійної діяльності може мати контакт з біологічними рідинами людини (перукарі, персонал салонів краси, масажисти та ін.);
- спортсмени;
- особи, які вживають наркотичні речовини внутрішньовенно;
- ВІЛ-позитивні особи;
- особи з венеричними захворюваннями;
- жінки, котрі надають сексуальні послуги за винагороду;
- чоловіки, які мають статеві стосунки з чоловіками (ЧСЧ);
- особи, які подорожують до регіонів з високою ендемічністю ГВ та низка інших.

Передбачено також **щеплення проти ГВ за епідемічними показаннями**:

- для медичних працівників і студентів навчальних закладів, які відповідно до професійних обов'язків мають контакт з кров'ю, її препаратами та здійснюють парентеральні маніпуляції;
- осіб, які контактували з хворими на ГВ у будь-якій формі;
- реципієнтів донорської крові та її препаратів;
- дітей в дитячих будинках та будинках дитини;
- членів родин, у яких є хворі на ГВ та носії HBsAg;
- пацієнтів з хронічними захворюваннями печінки;
- пацієнтів, які підлягають плановому оперативному втручанню, та ін.

Аналіз даних літератури щодо результатів досліджень, проведених в Україні з метою оцінки впливу вакцинопрофілактики на поширеність вірусного гепатиту В показав певні відмінності в окремих групах населення. Зокрема, впливу вакцинопрофілактики на поширеність інфекції ГВ, показав високу ефективність планової вакцинації в групі професійного ризику щодо інфікування – медичних працівників.

За даними Севальнева А.І., захворюваність ГВ у медичних працівників після впровадження програми вакцинації в великому багатопрофільному стаціонарі знизилася в 4,5 рази [15]. Після проведеної вакцинації медичних працівників Головного військового клінічного госпіталю України протягом 5 років випадки ГВ серед щеплених не реєструвалися [16]. Досвід масової вакцинації медичних працівників м. Києва теж показав значне зниження захворюваності медичних працівників (майже в 6 разів порівняно з дорослим населенням міста [17].

Враховуючи ці дані, можна стверджувати, що вакцинація груп ризику по інфікуванню HBV є високоєфективною для попередження поширення інфекції, зокрема, серед медичних працівників.

Однак, за даними Шагінян В.Р., прийнята в Україні в 2000 р стратегія вакцинації проти ГВ, яка передбачала планову вакцинацію новонароджених і медичних працівників, не зробила значного впливу на захворюваність в цілому, і навіть на захворюваність дитячого населення. Незважаючи на стійку тенденцію до зниження реєстрованої захворюваності на гострий ГВ як серед населення в цілому, так і в окремих вікових групах, на думку автора, не слід ці позитивні тенденції пояснювати тільки результатами проведеної вакцинації. Так, при порівнянні темпів зниження захворюваності на гострі гепатити В і С (ГС) в Україні в 2003-2009 рр. в окремих групах населення виявилось, що вони не відрізняються, незважаючи на планову вакцинацію новонароджених, що проводиться проти ГВ. Найбільш виражені темпи зниження захворюваності ГВ і ГС відзначені у віковій групі дітей 3-6 років (-39,65 і -41,55% відповідно), найменші – серед дорослого населення. Незважаючи на відносно високу питому вагу дітей, які отримали повний курс вакцинації (з 2003 по 2009 рр. – не менше 70%), темпи зниження захворюваності ГВ в вікових групах 0-2 та 3-6 років практично не відрізнялися від таких при ГС [18]. В інших роботах Шагінян В.Р. також показано, що тенденція до зниження захворюваності ГВ спостерігалася в Україні в усіх вікових групах населення ще до початку планової вакцинації проти ГВ [19].

## ВИСНОВКИ

1. Найбільш ефективним та довготривалим засобом захисту проти ВГВ залишається імунопрофілактика.

2. Універсальна масова вакцинація дітей першого року життя проти ВГВ захищає дітей раннього віку, попереджає життєво небезпечні наслідки інфекції – хронізацію захворювання та можливість розвитку цирозу, гепатоцелюлярної карциноми в майбутньому.

3. Одним з першочергових завдань удосконалення національної стратегії імунопрофілактики в Україні є дотримання курсу відповідності міжнародній стратегії боротьби з ВГВ.

4. В Україні довгий час був низьким рівень вакцинації від ВГВ дітей, що призводить до подальшого поширення інфекції. Вакцинація розпочалася лише після 2000 року, а отже, майже все доросле населення країни потребує захисту від інфекції.

### ЛІТЕРАТУРА

1. WHO. Global hepatitis report 2017. Geneva: Global Hepatitis Programme, Department of HIV/AIDS, World Health Organization; 2017.
2. WHO. Global tuberculosis report 2017. Geneva: World Health Organization; 2017.
3. UNAIDS. Fact sheet – latest statistics on the status of the AIDS epidemic. World AIDS day. Geneva: UNAIDS; 2017.
4. Вірусні гепатити В та С як загроза громадському здоров'ю (буклет ЦГЗ і MSF). Січень 2020 р.
5. ВООЗ. Подолання гепатитів В і С з метою їх елімінації до 2030 року (Combating Hepatitis B and C to reach elimination by 2030) [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206453/WHO\\_HIV\\_2016.04\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206453/WHO_HIV_2016.04_eng.pdf?sequence=1).
6. Гепатит В в Україні: епідеміологічна характеристика та оцінка тягаря (за результатами аналізу даних з різних джерел). – Київ, 2018. – 136 с.
7. Інфекційна захворюваність населення України згідно звіту по Ф.№ 1 за грудень і 12 місяців 2019–2018 рр. (в абс.чис. та інтенсивних показниках на 100 тис. населення). – С. 1.
8. Там само.
9. Епідеміологічна характеристика внутрішньолікарняних гепатитів В і С та стратегія їх профілактики в сучасних умовах : Автореф. дис... д-ра мед. наук / В. Ф. Марієвський; АМН України. Ін-т епідеміології та інфекц. хвороб ім. Л.В.Громашевського. – К., 2006. – С. 10.
10. Гепатит В в Україні: епідеміологічна характеристика та оцінка тягаря (за результатами аналізу даних з різних джерел). – Київ, 2018. – 136 с.
11. Вакцинопрофілактика гепатиту В: експертний погляд на міжнародні стратегії захисту / В. В. Бережний, В. Г. Козачук // Современ. педиатрия. – 2013. – № 4. – С. 41.
12. Вакцинопрофілактика гепатита В в Украине: проблемы и перспективы / А.Л. Гураль, В.Р. Шагинян // Укр. мед. часопис. – 2006. – № 3. – С. 43.
13. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 16 вересня 2011 року № 595 (у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України від 11 серпня 2014 року № 551), зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 13 жовтня 2014 року за № 1237/26014.
14. Вірусний гепатит В (позиція ВООЗ): Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах, 2016.
15. Севальнев А.И. Эпидемиологические особенности парентеральных вирусных гепатитов в условиях крупного промышленного региона : автореф. дис. на соискание науч.степени канд мед. наук : спец 14.02.02. – епідеміологія / А.И. Севальнев. – Киев, 2005. – 25 с.
16. Курпіта В.І. Епідеміологічні особливості гепатиту В серед персоналу військового лікувального закладу та ефективність вакцинопрофілактики : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.02.02. – епідеміологія / В. І. Курпіта. – Киев, 2005. – 24 с.
17. Гураль А.Л. Вакцинопрофілактика гепатита В в Украине: проблемы и перспективы / А.Л. Гураль, В.Р. Шагинян // Укр. мед. часопис. – 2006. – № 3. – С. 14–23.
18. Шагинян В.Р. Вакцинация против гепатита В и эпидемический процесс HBV-инфекции в Украине / В.Р. Шагинян, А.Л. Гураль, Т.А. Сергеева // Эпидемиология и вакцинопрофилактика. – 2012. – № 6(67). – С. 55–61.
19. Роль вакцинации в снижении заболеваемости гепатитом В на Украине / [Шагинян В., Мариевский В., Гураль А. и др.] // EpiNorth. – 2010. – Vol. 11, № 2. – С. 36–46.

*Дата надходження рукопису до редакції: 24.02.2020 р.*

### ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРА

**Ковач Марія Анатоліївна** – студентка магістратури спеціальності 229 «Громадське здоров'я», факультет здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ «Ужгородський національний університет», вул. Митна, 29, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

Свадеба О.О.

Науковий керівник: Маркович В.П.

## **Рівень санітарної освіти міського населення, як фактор формування відповідального ставлення до особистого здоров'я та шляхи його підвищення в системі громадського здоров'я**

**ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна**

*Проаналізовано основні тенденції ставлення міського населення України до особистого здоров'я, поняття санітарної освіти на державному рівні. Визначені основні принципи організації санітарної освіти серед міського населення та шляхи підвищення відповідального ставлення до особистого здоров'я.*

**Ключові слова:** здоров'я населення, санітарна освіта, якість життя, державна політика.

Безцінним здобутком не тільки кожної людини, а й усього суспільства є здоров'я. Формування і збереження здоров'я на всіх етапах розвитку людини є одним з найважливіших стратегічних завдань будь-якої держави. Відомо, що стан здоров'я населення визначається комплексом різних факторів: рівнем добробуту, умовами праці та побуту, екологією, способом життя, доступністю і якістю медичної допомоги тощо.

Тенденцією розвитку сучасної України впродовж останніх років стала значна активізація роботи по формуванню потреби в здоровому способі життя у всіх верствах населення, зокрема міського. Однак, в масовій суспільній свідомості здоровий спосіб життя, на жаль, не є пріоритетом.

Невід'ємною складовою системи охорони здоров'я складає санітарна освіта, комплекс державних, громадських і медичних заходів, спрямованих на забезпечення обізнаності з метою підвищення рівня здоров'я населення.

Головними завданнями санітарної освіти є розповсюдження здорового способу життя, профілактика шкідливих звичок, інформування міського населення про сучасні уявлення щодо причин виникнення різних захворювань, системи індивідуальних та громадських заходів з їх первинної та вторинної профілактики. Саме тому, рівень санітарної освіти міського населення є важливим фактором, який впливає на формування відповідального ставлення населення до особистого здоров'я.

Обізнаність із цих та інших питань необхідна не тільки в інтересах охорони індивідуального здоров'я. Вона є важливою передумовою свідомого і відповідального ставлення всіх верств населення, керівників і працівників промислових підприємств, громадського харчування та комунального господарства, будівельників, науковців, педагогів тощо до еколого-гігієнічних проблем довкілля, дотримання вимог індивідуальної та громадської гігієни в усіх сферах життя і трудової діяльності людини.

Одним із найважливіших соціальних індикаторів суспільного прогресу, потенціалом економічного зростання та безпеки держави, що займає провідне місце у системі цінностей будь-якої цивілізованої країни, є стан здоров'я населення, який відображає благополуччя нації, її

соціально-економічне, екологічне, демографічне, санітарно-гігієнічне становище тощо.

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 активної участі та залучення інших секторів суспільства на всіх етапах процесу, спрямованого на підвищення якості життя та зміцнення здоров'я [14, 16].

З 18 по 30 травня 2018 року Київський міжнародний інститут соціології (КМІС) провів всеукраїнське опитування громадської думки щодо самооцінки стану свого здоров'я населенням. Методом особистого інтерв'ю опитано 2025 респондентів, що мешкають у 108 населених пунктах усіх областей України (окрім АР Крим) за стохастичною вибіркою, репрезентативною для населення України віком від 18 років [19].

Як свідчать дані опитувань, протягом останніх п'яти років рівень здоров'я жителів України лишається практично незмінним: порівняно із 2013 роком дослідження не фіксують ані покращення, ані статистично значимого погіршення у тому, як жителі України оцінюють стан власного здоров'я. Але, якщо порівнювати з 1995 роком, то помітно, що рівень самооцінки стану здоров'я виріс. Загалом, станом на травень 2018 року, 37% опитаних дорослих жителів України оцінили своє здоров'я як хороше або дуже хороше, 42% – як посереднє (ані хороше, ані погане), 19% – як погане або дуже погане [21].

Проблема здоров'я населення є дуже актуальною для України, адже щороку кількість уперше зареєстрованих захворювань на 100 тис. населення зростає, приблизно на 1% в рік. Захворюваність є однією з головних причин високої смертності населення та невисокої тривалості життя українців, особливо порівняно із економічно і соціально розвиненими країнами Європи. В результаті Україна втрачає значну частину свого трудового потенціалу, витрачає багато матеріальних ресурсів на подолання наслідків захворювання, у т.ч. за рахунок Фонду соціального страхування на випадок тимчасової непрацездатності. Ситуація вже давно потребує вирішення, необхідні значні зусилля як з боку керівництва країни, так і регіональних органів влади для

усунення чинників, які негативно впливають здоров'я населення [20, с. 146].

Низький рівень життя більшості українців, фінансова та політична нестабільність у суспільстві, зниження рівня соціально-гарантованої медичної допомоги, високий рівень безробіття, підвищення психічних і емоційних навантажень, пов'язаних з невпевненістю у майбутньому – це сучасні українські реалії. Ці та інші обставини позначаються на показниках здоров'я населення України [20, с. 147].

Переважаючою причиною смертності населення в Україні є хвороби системи кровообігу (66,48%). Високий відсоток також припадає на такі причини: новоутворення (13,94), зовнішні (6,08), хвороби органів травлення (4,20) та дихання (2,50), а також інфекційні та паразитарні хвороби (1,95) [27, с. 115].

У рейтингу здоров'я від The Legatum Prosperity Index 2018 Україна займає сумне 137-е місце з 149 досліджуваних країн, пропустивши вперед не тільки розвинені західні країни, але і всі країни колишнього СРСР. Гірше, ніж в українців, здоров'я та медобслуговування тільки у жителів бідних арабських країн та Африки. Причинами цього є зростання бідності населення, погана екологія, стреси, а також неякісне харчування і нездоровий спосіб життя. Важливе значення має і кризовий стан системи охорони здоров'я в Україні [8].

Медико-демографічна ситуація, що склалась останнім часом в Україні, свідчить про незадовільний стан здоров'я населення, який проявляється у низькій народжуваності порівняно з високим рівнем смертності, насамперед чоловіків працездатного віку, від'ємному природному приросту населення, а також високому рівні поширеності хронічних неінфекційних захворювань. На такі захворювання страждає до 60% дорослого та майже 20% дитячого населення.

Очікувана тривалість життя при народженні в 26 країнах Європейського регіону, за даними ВООЗ, становить більш, як 75 років, тоді, як в Україні лише у 2010 році вона перевищила рівень 70 років. За даними Державного статуту, середня очікувана тривалість життя при народженні в Україні у 2009-2010 роках становила 70,44 року (65,3 року для чоловіків та 75,5 року для жінок) [15].

Особливе занепокоєння викликає проблема передчасної смертності чоловіків, тривалість життя яких лише за 1991-2010 роки зросла лише на один рік, тоді як у країнах, які приєдналися до ЄС у 2004-2007 роках, за аналогічний період тривалість життя чоловіків зросла на чотири роки. У 2009 році в Україні тривалість життя жінок була на вісім років коротша, ніж в середньому у країнах ЄС, а чоловіків – на 12 років.

Соціально-економічними наслідками передчасної смертності є не лише зменшення років потенційного життя та збільшення величини безповоротних втрат унаслідок смерті, а і значні економічні збитки. Через передчасну смертність населення України лише щороку втрачається близько 4 млн. років потенційного життя, відповідно обсяг недовиробленого національного продукту становив від 47,9 до 89,1 млрд гривень, причому лівовою часткою втрат була зумовлена смертями чоловіків. Викликає

занепокоєння також тенденція до погіршення стану психічного здоров'я молодих людей [16].

Поряд із стійким скороченням чисельності населення, кількість інвалідів в Україні за останні 20 років подвоїлася. Зараз налічується 2,7 млн осіб з інвалідністю, або майже 6% загальної чисельності населення. Водночас через складну і зарегульовану процедуру експертизи рівень інвалідності населення суттєво менший за відповідний європейський показник (перевищує 10%) [15].

Науково доведено, що здоров'я населення у більшій мірі залежить від соціального та економічного благополуччя, спадковості, важливу роль при цьому відіграє здоровий спосіб життя, адекватне харчування, належні умови життя та побуту, стан навколишнього середовища.

Міністерством охорони здоров'я України проводиться робота, спрямована на популяризацію здорового способу життя серед широких верст населення. Державна політика у цьому напрямі реалізується шляхом інформаційно-роз'яснювальної роботи щодо принципів здорового та морального способу життя, відповідальної поведінки у сфері сексуальних стосунків, формування сімейних цінностей та усвідомленого батьківства.

Проте, існуюча система охорони здоров'я не в повному обсязі задовольняє потреби населення у високоякісній та ефективній медичній допомозі. Реформи, які проводилися до цього часу в галузі охорони здоров'я, не дали бажаного результату у зв'язку з тим, що носили непослідовний, переважно, фрагментарний характер, в цілому не змінюючи застарілу з часів планової економіки систему надання медичної допомоги, що не дало можливості адаптувати її до ринкових відносин в національній економіці.

Отже, ситуація, яка склалася внаслідок наведених причин, є реальною загрозою виникнення незворотних процесів у стані фізичного та психічного здоров'я міського населення країни і, як наслідок, може негативно позначитися на соціально-економічному, політичному, духовному розвитку української нації в цілому.

Здоров'я усіх груп населення є життєво важливим ресурсом для розвитку людства і суспільства в цілому. Також, з розвитком рівня санітарної освіти міського населення, розширюються можливості громадян, санітарна грамотність, права пацієнтів; їх повноваження у процесах прийняття рішень сприймаються як життєво важливі передумови досягнення цілей у сфері профілактики та зміцнення здоров'я, а також у діяльності усієї системи охорони здоров'я.

Сучасні виклики, зміни і події підтверджують необхідність переходу до нової парадигми стратегічного керівництва в інтересах охорони здоров'я, переорієнтування пріоритетів, вироблення нових підходів та інструментів до реалізації політики, комунікації і надання медичної допомоги.

Поширення здорового способу життя як один із напрямів державної політики має перетворитися в пріоритетне завдання, від вирішення якого залежить рівень та якість життя населення.

Вже протягом багатьох років спостерігається катастрофічне погіршення якісних характеристик населення

України (низька народжуваність, висока смертність від серцево-судинних захворювань, алкоголізму та наркоманії, погіршення показників фізичного розвитку, фізичної та розумової працездатності). У зв'язку з цим популяризація здорового способу життя, фізичної культури та спорту серед громадян вкрай необхідна.

Низький рівень грамотності в питаннях здоров'я може істотно вплинути на стан здоров'я людини, на можливість її особистісного, соціального і культурного розвитку, а також погіршити якість життя. Низька компетентність населення в питаннях здоров'я часто асоціюється з нерівним доступом до медичного обслуговування, тому у людей з низькою грамотністю в питаннях здоров'я стан здоров'я зазвичай гірший, а ризик госпіталізації до медичних закладів є значно вищим. Компетентність в питаннях здоров'я формує поведінку людей, їхній спосіб життя, і, нарешті, їхнє здоров'я і благополуччя.

Однією з найважливіших умов проведення ефективної профілактики захворювань, збереження та зміцнення індивідуального і громадського здоров'я є обізнаність міського населення з чинниками, які негативно впливають на його стан.

Організація санітарної освіти міського населення ґрунтується на таких принципах:

- державний характер;
- наявність спеціальної структури;
- організаційно-методичного керівництва і координації діяльності;
- плановість;
- комплексність;
- масовість;
- диференційованість;
- розумна оптимістичність;
- доступність;
- цілеспрямованість;
- активна участь усіх медичних працівників.

У системі заходів санітарної освіти міського населення використовують різноманітні методи і засоби. Основними методами санітарної освіти є усний, друкований, наочний і змішаний. Вони реалізуються шляхом використання таких форм санітарної освіти, як лекції, бесіди, поради-консультації, виступи на радіо, аудіозаписи (усний метод); публікації в друкованих засобах масової інфор-мації, науково-популярні книги, брошури,

пам'ятки, бюлетені, дошки з питань і відповідей (друкований метод); експозиційні стенди, муляжі, фотографії, малюнки, плакати (наочний метод); телебачення, відеофільми, діафільми, університети та школи здоров'я, курсові заходи для населення і хворих, виставки, театралізовані вистави (змішаний метод).

Низький рівень медичної грамотності призводить до недотримання здорового способу життя, збільшення витрат на охорону здоров'я. Недостатній рівень обізнаності міського населення в питаннях здоров'я характерний як для розвинених країн, так і для країн, що розвиваються.

Грамотність міських громадян в питаннях охорони здоров'я може бути покращена шляхом забезпечення структурованої освіти, надання необхідної інформації та її ефективного поширення. Сектор освіти, наприклад, може відігравати важливу роль у сприянні медичній грамотності серед дітей шкільного віку шляхом інтеграції інформації про здоров'я та його важливість в освітні програми. Компанії можуть організовувати робочі місця таким чином, щоб поєднувати роботу в офісі і здоровий спосіб життя (наприклад, зони фізичної активності, живі рослини в приміщенні).

Окрім цього, уряд може взяти на себе провідну роль у розробці та впровадженні політики пропагування здорового способу життя серед громадян міст шляхом створення спеціальних проектів та забезпечення їхнього сталого фінансування (наприклад, популяризація їзди на велосипеді).

Удосконалення та вимірювання рівня медичної грамотності є особливо важливим у бідних районах, для того, щоб вразливі та малозабезпечені верстви населення мали змогу брати участь в заходах, спрямованих на покращення здоров'я. Держава повинна дбати про достатній доступ до медичних послуг для всіх регіонів та міст. [9]

## ВИСНОВКИ

Поширення здорового способу життя серед міського населення є одним із вирішальних факторів формування високого рівня благополуччя та формування відповідального ставлення до особистого здоров'я громадян і важливим кроком до здорової нації та процвітання країни в цілому.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Advantages and Disadvantages of Electronic Health Records [Електронний ресурс] / Gallagher Healthcare/ Режим доступу: <https://www.gallaghermalpractice.com/blog/post/advantages-and-disadvantages-of-electronic-health-records>.
2. Average salary survey [Електронний ресурс] / Режим доступу: <https://www.averagesalariesurvey.com>.
3. Doctor salary survey reveals big pay gap for some [Електронний ресурс] / 2017 CBS Interactive Inc. / Режим доступу: <https://www.cbsnews.com/news/doctorsalaries-compensation-survey-reveals-big-race-gender-pay-gap>.
4. European Health Information Gateway [Електронний ресурс] / World Health Organization/ Режим доступу: <https://gateway.euro.who.int/en/hfaexplorer/#gJ5klnuhr>.
5. Moustapha Kamal Gueye Create green jobs to realize the benefits of low emission development [ Електронний ресурс]. – Режим доступу: [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_emp/---gjp/documents/publication/wcms\\_517110.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_emp/---gjp/documents/publication/wcms_517110.pdf).
6. OECD Health Statistics 2018 [Електронний ресурс] / 2018 Organisation for Economic Co-operation and Development/ Режим доступу: [https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_REAC](https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_REAC)

7. Public health and its social and economic impact [Електронний ресурс] /The Economist Intelligence Unit/ Режим доступу: <http://globalhealth.eiu.com/briefingpaper/section-1-public-health-and-its-social-and-economic-impact>.
8. The Legatum Prosperity Index 2018[Електронний ресурс] / Режим доступу: <https://www.prosperity.com/rankings>
9. The role of governments in promoting health literacy [Електронний ресурс] / World Health Organization/ Режим доступу: <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/health-literacy-governmentrole/en/33>.
10. Total health expenditure as% of GDP [Електронний ресурс] / World Health Organization / Режим доступу: [https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa\\_566-6711-total-health-expenditure-as-of-gdp/visualizations/#id=19661&tab=table](https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_566-6711-total-health-expenditure-as-of-gdp/visualizations/#id=19661&tab=table)
11. What is e-Health : The death of telemedicine? [Електронний ресурс] / Journal of Medical Internet Research, 22.06.01 / Режим доступу: <https://www.jmir.org/2001/2/e22>.
12. World Health Organization [Електронний ресурс] / Режим доступу: <https://www.who.int>.
13. Аналіз проблем кадрового забезпечення первинної медичної допомоги в контексті реформування галузі охорони здоров'я в Україні / Ю. В. Вороненко, Н. Г. Гойда, О. Г. Шекера // Здоров'я суспільства. – 2013. – Т. 2, № 2. – С. 17.
14. Грішнова О.А., Тітова Л.С. Організаційне і кадрове забезпечення охорони здоров'я населення України // Ринок праці та зайнятість населення №3, 2018. С.74-82.
15. Державне управління реформуванням системи охорони здоров'я в Україні : навч.-наук. вид. / авт. кол. : М. М. Білинська, Я. Ф. Радиш, І. В. Рожкова та ін.; за заг.ред. проф. М. М. Білинської.– К. ; Львів : НАДУ, 2012. – с. 120.
16. Електронна система охорони здоров'я eHealth [Електронний ресурс] / Режим доступу: <https://portal.ehealth.gov.ua/about.html>.
17. Загальна теорія здоров'я та здоров'язбереження: колективна монографія / за заг. ред. проф. Ю. Д. Бойчука.– Харків: Вид. Рожко С. Г., 2017.– с.6.
18. Заклади охорони здоров'я та захворюваність населення України у 2017 році: статистичний бюлетень – К., 2018. – с. 23-29, 34-35, 44.
19. Закон України «Про Державний бюджет України на 2018 рік» [Електронний ресурс] // Відомості Верховної Ради (ВВР), 2018, № 3-4, ст.26/ Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2246-19>.
20. Здоров'я населення регіону в умовах реформування системи охорони здоров'я / Д. Шушпанов // Регіональні аспекти розвитку продуктивних сил України. – 2013. – Вип. 18. – С. 146,147. 34.
21. Людський розвиток: навч. посібник / О. А. Грішнова ; Київський національний економічний ун-т ім. Вадима Гетьмана. – К.: КНЕУ, 2006. – 308 с.
22. Лисенко А. Г. «Зелені» робочі місця в Україні // Стратегічні напрями інноваційного розвитку економіки країни: перспективи та ефективність: збірник тез наукових робіт учасників Міжнародної науково-практичної конференції для студентів, аспірантів та молодих учених (м. Київ, 22 грудня 2018 р.). – К.: Аналітичний центр «Нова Економіка», 2018. – С. 73-74.
23. Лиштва Олексій «Самооцінка стану здоров'я населенням України» [Електронний ресурс] / Київський міжнародний інститут соціології/ Режим доступу: <https://www.kiis.com.ua/?lang=ukr&cat=reports&id=768&page=1>.
24. Медичні кадри та мережа закладів охорони здоров'я системи МОЗ України за 2016-2017 роки / Державний заклад «Центр медичної статистики МОЗ України» – Київ – 2018. – с. 27,32,49,51.
25. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 2017 рік [Електронний ресурс] / Центр медичної статистики МОЗ України/ Режим доступу: <http://medstat.gov.ua/ukr/statdov.html>.
26. Польща "переманюватиме" українських медиків [Електронний ресурс] / Інформаційне агентство "Конкурент"/ Режим доступу: <https://konkurent.in.ua/publication/19596/polscha-peremanyuvatime-ukrayinskih-medikov>.
27. Система охорони здоров'я в Україні [Електронний ресурс] / Режим доступу: [https://pidruchniki.com/1640011637428/meditsina/sistema\\_ohoroni\\_zdorovya\\_ukrayini](https://pidruchniki.com/1640011637428/meditsina/sistema_ohoroni_zdorovya_ukrayini).
28. Спорт та здоровий спосіб життя в країнах Європи [Електронний ресурс] / Режим доступу: [http://punkt-eu.blogspot.com/2017/09/blog-post\\_7.html](http://punkt-eu.blogspot.com/2017/09/blog-post_7.html).
29. Статистичні дані за 2017 рік [Електронний ресурс] / Центр медичної статистики МОЗ України/ Режим доступу: <http://medstat.gov.ua/ukr/statdan.html>.

**Дата надходження рукопису до редакції:** 24.02.2020 р.

### ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРА

**Сваєба Олександр Олександрович** – студент магістратури спеціальності 229 «Громадське здоров'я», факультет здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ «Ужгородський національний університет», вул. Митна, 29, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.



Йовбак М.І.

Науковий керівник: Слабкий Г.О.

## Характеристика інтернет-залежностей студентської молоді та її вплив на якість життя та рівень навчання

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

Проаналізовано види інтернет-залежності у студентської молоді, її вплив на якість життя та вплив на рівень їхнього навчання.

**Ключові слова:** інтернет-залежність, адикція, молодь, кіберпростір, кіберадикція.

Інтернет-залежність вважається однією з основних проблем сучасного суспільства. Найбільше підпадають під її вплив підлітки та молодь, для яких мережа Інтернет є джерелом для самовизначення й самоствердження, а обізнаність у новітніх інтернет-технологіях – можливістю підкреслити власну значущість у колі однолітків. Сьогодні молода людина, якщо вона не має доступу до Інтернету, не відвідує соціальні мережі та не грає в комп'ютерні ігри, може бути виключена з молодіжної групи, оскільки саме така діяльність вважається у ній предметом обговорення. Зважаючи на це, перебування в мережі Інтернет та здійснення там певних видів діяльності часто стає в молодіжному середовищі критерієм оцінки особистості, спонукає молодих людей до захоплення інтернет-діяльністю та може призвести до виникнення адикції – патологічного потягу до чогось, що збільшує ризик розвитку психічних захворювань та пов'язане з особистими або соціальними проблемами.

Особливо помітний вплив інтернет-залежності на ціннісні орієнтації молоді, що зумовлено появою особистісних деформацій. При цьому на передній план виступає спрямованість на занурення у віртуальну реальність, тоді як стосунки з близькими людьми, орієнтація на професійний ріст, навчання тощо стають для особистості другорядними, а з розвитком адикції – взагалі неважливими [15].

Термінологія проблеми Інтернет-залежності ще не цілком сформована. В літературі використовують терміни «залежність від Інтернету», або «Інтернет-адикція» (Internet Addiction Disorder, або IAD, Internet Behavior Dependency), а також «надлишкове/патологічне застосування Інтернету» (Internet Overuse, Pathological Internet Use, Internet Abus). Під «Інтернет-залежністю» розуміють такі феномени (Cyber-Disorders):

1) залежність від комп'ютера, тобто обсесивна пристрасть до роботи з комп'ютером (ігор, програмування або інших видів опосередкованої комп'ютером діяльності);

2) інформаційне перевантаження, «електронне бродяжництво», тобто компульсивна, тривала (багатогадинна) навігація по WWW без конкретної мети; джерелом задоволення є факт перебування в Мережі, мультимедійні форми захоочення й стимуляції відвідувачів сайтів або пізнання нового в результаті таких блукань;

3) компульсивне застосування Інтернету, тобто патологічна схильність до діяльності в опосередкованих

Інтернетом азартних іграх, аукціонах і біржах або електронних покупках;

4) залежність від «кібер-стосунків», тобто соціальні контакти: спілкування (у чатах, групових іграх) і встановлення у процесі спілкування дружніх стосунків або «флірту»;

5) залежність від «кіберсексу», тобто від порнографічних сайтів в Інтернеті, від обговорення сексуальної тематики в чатах або ресурсах «для дорослих» [8].

Сам термін «Інтернет-залежність» запропонував А. Голдберг у 1995 р. для опису патологічного потягу до використання Інтернету. Діагностичні критерії розладу в цілому відповідають критеріям DSM-IV для нехімічних залежностей: використання комп'ютера зумовлене стресом, використання комп'ютера заподіює шкоду фізичному, психологічному, міжособовому, сімейному, економічному чи соціальному статусу [9].

Користування мережею Інтернет здатне здійснювати різноплановий та суперечливий вплив на психологічні особливості особистості в юнацькому віці, зокрема студента, іноді призводячи, з одного боку, до розвитку та посилення інтернет-залежності, агресивності, депресивності, з іншого – до інтенсифікації процесів самоактуалізації, самопізнання, творчого розвитку особистості та її продуктивного самоствердження. Звідси випливає нагальна проблема вияву і профілактики відповідних негативних та посилення позитивних явищ змін психологічних особливостей особистості, яка, перебуваючи у вищому навчальному закладі, активно використовує комп'ютерні технології [1].

**Об'єкт дослідження:** процес інтернет-залежності серед студентів.

**Предмет дослідження:** інтернет-залежність, як чинник особистісних змін у студентської молоді.

**Мета дослідження:** дослідити вплив інтернет-залежності студентської молоді та її вплив на якість життя та рівень навчання.

Оскільки користування інтернет-сайтами, що створені та адмініструються їхніми авторами, та інтернет-спілкування певним чином психологічно впливають на користувачів (особливо постійних) цих інтернет-сайтів, то логічно припустити, що такий вплив може посилювати або послаблювати ті чи інші психологічні особливості особистості відповідних користувачів, а саме інтернет-

залежність, агресивність, депресивність та само актуалізацію [1].

Постановка наукової проблеми та її значення. У зв'язку із комп'ютеризацією та інтернетизацією сучасного українського суспільства актуальною стала проблема патологічного використання мережі Інтернету та виникнення такого негативного явища як Інтернет-залежність. Одним із найбільш поширених користувачів мережі Інтернет є студентство, яке використовує віртуальну мережу не лише з пізнавальною метою, а й із рекреаційною. Спілкування у чатах, Інтернет серфінг та онлайн-ігри для молоді стають все більш бажаним проведенням вільного часу [2, 3].

На сьогодні людина відкрила для себе існування ще одного світу – віртуального (кіберпростір). У сучасному значенні поняття “кіберпростір” (віртуальний простір, віртуальна реальність) інтерпретується як електронне середовище комп'ютерних мереж, в яких відбувається онлайн-комунікація [3].

Користування комп'ютером та Інтернетом особами, які не мають навичок критичного ставлення до роботи в мережі Інтернет і не дотримуються елементарних правил поведінки в віртуальному просторі, призводить до неконтрольованого й нераціонального використання Інтернет-ресурсів. Використання вільного часу в Інтернеті, неконтрольований доступ до матеріалів дезінформаційної, агресивної або протизаконної спрямованості, може призвести до виникнення та розвитку адитивної поведінки, яка чинить деструктивний вплив як на самого користувача, так і на його найближче оточення [4].

Адиктивна поведінка – одна з форм деструктивної поведінки, яка виражається в прагненні до відходу від реальності шляхом зміни свого психічного стану за допомогою прийому деяких речовин або постійної фіксації уваги на певних предметах або видах діяльності і супроводжується розвитком інтенсивних емоцій [4].

Здійснений аналіз психолого-педагогічної літератури дозволяє констатувати, що Інтернет адикція вченими трактується як:

- особистісна характеристика, як сукупність когнітивних, емоційних та фізіологічних порушень, які виявляються у поведінці, вказуючи на те, що у індивіда відсутній контроль над застосуванням Інтернету, він не в змозі припинити цей процес, продовжує значний час знаходитись у віртуально-інформаційному середовищі, незважаючи на негативні наслідки (Т. Вакуліч);

- форма залежної поведінки, яка реалізується у вигляді технологічної залежності на базі різних форм використання Інтернету зі зміщенням мети особистості у віртуальну реальність (М. Дрепа);

- психічний розлад, нав'язливе бажання підключитися до Інтернет й хвороблива нездатність вчасно відключитися (Н. Левицька);

- одна з форм деструктивної поведінки, яка виражається у прагненні втекти від реальності і штучно змінити свій психічний стан шляхом фіксації уваги на Інтернет-ресурсах (Я. Шугайло) [5].

Н. Цой наголошує, що Інтернет-адикція є однією з форм відхилення від норм поведінки, яка пов'язана із зловживанням Інтернетом користуванням із метою саморегуляції або адаптації [6].

Респонденти відчувають збудження в очікуванні виходу з онлайн; дратуються, якщо хтось їх турбує під час перебування в Інтернеті; намагаються приховати від батьків чи друзів значну кількість часу, проведеного в Інтернеті та ін., завдяки якому позбуваються самотності, знаходять собі віртуальних друзів, заповнюють свій вільний час, інколи позбавляючи себе можливості реальної прогулянки чи спілкування з родиною, друзями тощо.

Є студенти, в яких можуть виникнути проблема Інтернет-залежності. Адже, як наголошує К. Янг, Інтернет-залежність – це нехімічна залежність і не призводить до руйнування організму. Якщо для формування традиційних видів залежності потрібні роки, то для Інтернет-залежності цей термін різко скорочується. За даними вченої, 25% залежних придбали залежність протягом півроку після початку роботи в Інтернеті, 58% – протягом другого півріччя, а 17% – за рік. Крім того, якщо довготривалі наслідки залежності від алкоголю та наркотиків добре досліджені, то стосовно Інтернетадікції відсутня можливість довготривалого спостереження [6, 7].

К. Янг у 1996 р. розробила коротку анкету, яка, модифікувавши критерії для ґемблінгу, давала змогу виявити Інтернет-адикцію [10]. Запитання анкети стосуються основних симптомів Інтернет-залежності, а саме – покращення настрою внаслідок Інтернет-активності; потреби проводити в Інтернеті все більше часу; фізичних, соціальних, професійних чи психологічних проблеми, що зумовлені його використанням; невдалих спроб контролювати Інтернет-активність та «синдрому відміни».

Згодом Янг виділила чотири симптоми Інтернет-залежності [10]: нав'язливе бажання перевірити е-mail, постійне очікування наступного виходу в Інтернет, скарги навколишніх на те, що людина проводить занадто багато часу в Інтернеті, скарги навколишніх на те, що людина витрачає занадто багато грошей на Інтернет.

Ґрунтовнішу систему критеріїв пропонує А. Голдберг. На його думку, можна констатувати Інтернет-залежність у разі більш ніж трьох симптомів:

1. Толерантність. Необхідність у збільшенні кількості часу проведеного в Інтернеті, для досягнення задоволення, якщо людина не збільшує кількість часу, яку вона проводить у Мережі, то ефект помітно знижується.

2. «Синдром відміни»: психомоторне порушення; тривога; нав'язливі міркування про те, що зараз відбувається в Інтернеті; фантазії про Інтернет; довільні чи мимовільні рухи пальцями, що нагадують друкування на клавіатурі. Використання Інтернету дає змогу уникнути симптомів «синдрому відміни».

3. Інтернет часто використовується протягом більшої кількості часу або частіше, ніж було задумано.

4. Постійне бажання чи безуспішні спроби припинити або почати контролювати використання Інтернету.

5. Величезна кількість часу витрачається на діяльність, пов'язану з використанням Мережі (придбання книг про Інтернет, пошук нових браузерів, пошук провайдерів, організація знайдених в Інтернеті файлів).

6. Значима соціальна, професійна діяльність, відпочинок припиняються або редукуються у зв'язку з використанням Інтернету.

7. Використання Інтернету продовжується, незважаючи на знання про наявні періодичні чи постійні фізичні, соціальні, професійні чи психологічні проблеми, що зумовлені його використанням (недосипання, сімейні (подружні) проблеми, запізнення на призначені зустрічі, занедбання професійних обов'язків) [11].

Особливості емоційної сфери Інтернет-залежних. К. Янг та Р. Роджерс [12] встановили зв'язок Інтернет-залежності з депресією. Таку кореляцію автори пояснюють тим, що для осіб з депресивними розладами, що характеризуються низькою самооцінкою та страхом бути відкинутим, дуже важливе прийняття інших, тому труднощі в міжособовому спілкуванні вони можуть компенсувати завдяки віртуальній підтримці.

Індивідуально-психологічні особливості Інтернет-залежних. К. Янг виявила, що Інтернет-адикти мають високий рівень абстрактного мислення, впевнені в собі, індивідуалісти, чутливі, насторожені, характеризуються нонконформізмом [12].

Модель Інтернет-залежності К. Янг. К. Янг, досліджуючи феномен Інтернет-залежності виділила чотири її основних чинники [13]:

1. Соціальна підтримка. Люди, що часто зустрічаються в певному віртуальному середовищі, наприклад, чаті чи форумі створюють віртуальне співтовариство. Як і в кожній групі, у такого співтовариства є власні правила та ритуали, мова та ін., і його члени пристосовуються до правил цієї групи. Незважаючи на те, що така комунікація залишається як-правило текстовою, обмін словами має глибоке емоційне забарвлення. Унаслідок дистанційованості між людьми зростає потреба у соціальному прийнятті та підтримці, яку може дати віртуальна спільнота. Як відзначає Ш. Теркл, «комп'ютери створюють ілюзію товариських стосунків без вимог дружби». Потреба в соціальній підтримці може бути найбільш високою в сучасному суспільстві через дезінтеграцією традиційних форм сусідства і зростання кількості розлучень та змін місця проживання.

2. Сексуальна реалізація. Для розуміння того, що робить віртуальний секс залежністю, Янг пропонує ACE-модель, абревіатуру для ACCESSIBILITY (доступність порнографічної інформації), CONTROL (контроль) і EXCITEMENT (збудження), які є трьома базовими причинами цієї залежності.

3. Творення віртуальної самопрезентації. Соціально-економічний статус, стать, вік і раса відіграють важливу роль у самопрезентації в процесі міжособового спілкування. У віртуальності всі ці характеристики редукуються, й усі користувачі Мережі стають рівними. В результаті відсутності соціальної ідентичності on-line, можливе створення «віртуальної особистості».

4. Девіантність віртуальної особистості. Відповідно до психоаналітичної теорії, пригнічені (витіснені) бажання, потреби містяться в несвідомому і можуть виявитися у снах або обмовках. Віртуальна реальність, завдяки її анонімності та деякій схожості з реальністю сну, відкриває новий простір для їх реалізації. Витіснені аспекти психіки можуть виявитися у віртуальній комунікації – сором'язливі у Мережі стають нахабними, пасивні, м'які – агресивними.

Р. Девіс диференціює специфічну та генералізовану Інтернетзалежність. Специфічна Інтернет-залежність

(Pathological Computer Use, Cyber-Disorders) – це зловживання окремими можливостями Інтернету. А саме – онлайн аукціони, порнографія, біржі, магазини й ін. Специфічна Інтернетзалежність є результатом раніше існуючої в особи залежності, що стає пов'язаною з мережною активністю. Сюди можна віднести «електронне бродяжництво», залежність від віртуальних азартних ігор, аукціонів, бірж, електронних покупок, порнографії.

Генералізована Інтернет-залежність – патологічне використання комп'ютера для залучення у соціальну взаємодію, або так-звана залежність від кібер-стосунків. Генералізована Інтернет-залежність передбачає залучення в комунікаційні ресурси Інтернету – чати, форуми, блоги, соціальні мережі та використання спеціальних програм-комунікатрів – gtalk, ICQ, MSN та ін.

Проблема впливу інтернетзалежності на особистість досліджувалася багатьма вченими. Так, на думку І.В. Соколової, основними причинами «зомбування» молоді впливом телебачення, ЗМІ та Інтернету є недосконалість сучасної молодіжної політики та недостатня зайнятість молоді [16].

М. І. Дрепа виокремлює такі основні психологічні характеристики інтернет-залежних студентів:

- в емоційно-вольовій сфері – високі показники тривожності, депресії, агресивності й ворожості та низькі – сили волі, стресостійкості, самооцінки і впевненості в собі;
- у комунікативній сфері – підвищений рівень самотності й конфліктності;
- у мотиваційній сфері – прагнення уникнути невдач [4].

Надмірна захопленість Інтернетом призводить до поглиблення та загострення неадаптивних характеристик особистості, руйнування соціальних зв'язків, які існували в людини, погіршення самопочуття внаслідок фізичного та психічного виснаження, що виникає через небажання навіть на короткий час відірватися від комп'ютера [17].

Однією особливістю, що притаманна інтернет-залежним особам, є негативне самоствавлення, що характеризується недостатньою самоповагою, нездатністю сформулювати адекватний образ «Я». Така особистість може вважати себе неповноцінною, гіршою за інших, вона переконана, що не заслуговує на повагу оточуючих. Це змушує її шукати підтримки в інтернет-середовищі, де спілкуватися набагато легше, адже є можливість зберегти анонімність.

В. Посохова, досліджуючи життєві перспективи інтернет-залежної молоді, дійшла висновку, що в схильних до інтернет-адикції молодих людей спостерігається фактичний брак тенденції до планування власного майбутнього. Через надмірну захопленість мережею особистість втрачає контроль над процесами, що відбуваються, виникає так зване розмивання кордонів віртуального і реального світів. Крім того, спостерігається тенденція до ігнорування таких сфер людського життя, як інтимно-особистісні стосунки та професійна спрямованість [19].

Перебуваючи в мережі, молода людина отримує необмежений доступ до будь-якої інформації, може задовольнити свої інтереси та почерпнути нові знання. При цьому вона більше довіряє тій інформації, яку отримала в Інтернеті, ніж тій, яку почерпнула під час спілкування з

оточуючими. Однак це може викликати дисгармонізацію особистості, оскільки в мережі часто зустрічаються повідомлення, здатні викликати страх чи тривогу.

На думку О. Є. Войсунського, причина виникнення інтернет-залежності в молоді полягає в наступному: прагнення індивіда домінувати в особистих відносинах, суспільному житті та організаційній ієрархії постійно наштовхується на невдачі, а це, у свою чергу, спонукає деяких молодих людей із високорозвиненими інтелектуальними здібностями і недостатньо розвиненим соціальним інтелектом зробити цілком раціональний, на їх погляд, вибір сфери самореалізації, якою є мережа Інтернет, де особистість може самоствердитися, реалізувати свої приховані бажання та фрустральні потреби [20].

Інтернет із його віртуальним світом приваблює людину, адже тут вона відчувається реалізованою, популярною та привабливою.

Із метою визначення особистісних якостей інтернет-залежних осіб підліткового віку доречними будуть дані, отримані Т. М. Вакуліч. Зокрема науковець виокремила такі основні типи поведінки підлітків у мережі Інтернет:

- обсессивно-пошуковий (безпредметний пошук нової інформації, пошук без прагнення отримати результат);
- компенсаторний (компенсація потреби у спілкуванні);
- емоційно-залежний (перебування в мережі Інтернет з метою підтримки бажаного рівня психічної активності та регулювання емоційного стану);
- комунікативний (урізноманітнення спілкування як необхідна умова прискорення реальної комунікації);
- кіберсексуальний (пошуком в Інтернеті інформації, що стосується питань сексу) [21].

Д. О. Ростових характеризує студентське середовище як досить агресивне і конкурентне. Саме в ньому проходить основний етап соціалізації і професійного

становлення особистості молодої людини. До речі, елементом означеного процесу є кіберсоціалізація. Оскільки ІКТ-технології сьогодні є провідними засобами навчання, а інформаційні ресурси, представлені в інтернет-просторі, досить часто використовуються в освітніх цілях, молодь автоматично потрапляє в групу підвищеного ризику. Зважаючи на це, в сучасному суспільстві склалася ситуація, коли студентство стає однією з найбільш незахищених від інтернет-залежності соціальних груп, оскільки умови навчання та соціалізації у ВНЗ проходять на тлі обов'язкового використання мережі Інтернет як інструменту навчальної діяльності. Ряд об'єктивних (відсутність у виші чітко вибудованих індивідуальних освітніх траєкторій, слабка професійна соціалізація в навчальному процесі, відсутність подальшого кар'єрного зростання тощо) та суб'єктивних (знайомство з кіберпростором до вступу у ВНЗ) факторів призводять до формування у молодих людей адиктивної поведінки у віртуальному просторі [22].

Дані, отримані О. А. Поповою, підтверджують: чим вищий у студентів ступінь інтернет-залежності, тим вищими є емоційна нестабільність, моральна ненормативність, тривожність, імпульсивність, підозрілість, соціальна тривога і непристосованість, недовіра до оточуючих, втрата надії, порушення в комунікативній сфері, соціальна неповноцінність, а також суїцидальний ризик. Крім того, молоді люди із інтернет-залежністю мають значні проблеми в комунікативній сфері: вони «закриті» і відсторонені від інших, конфліктні, живуть лише власними переживаннями, схильні до суперечок, агресії та девіантної поведінки, у них завищена самооцінка і повна відсутність критичності. Крім того, вони страждають від відсутності підтримки оточуючих і нестачі людського спілкування, що, у свою чергу, викликає у них почуття безпорадності та безвиході. Такій людині зазвичай важко адаптуватися в соціальній групі, членом якої вона є, самореалізуватися, проявити індивідуальність [23].

## ЛІТЕРАТУРА

1. Назар М. М. Психологічний вплив інтернет-комунікації на формування певних психологічних особливостей користувачів мережі Інтернет / М. М. Назар // Актуальні проблеми психології : Психологія навчання. Генетична психологія. Медична психологія. – К. : ДП «Інформаційно-аналітичне агентство», 2007. – Т. 10, вип. 2. – С. 376–386.
2. Вивчення схильності студентів до Інтернет-адикції / О. Бартків, В. Махновець // Молодь і ринок. – 2015. – № 2. – С. 141-145. – Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Mir\\_2015\\_2\\_31](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Mir_2015_2_31)
3. Suler J. Computer and Cyberspace Addiction / J. Suler // International Journal of Applied Psychoanalytic Studies. – 2004. – No 1.– P. 359 – 363.
4. Золотова Г.Д. Сутність технологічних видів адиктивної поведінки дітей / Г. Золотова // Вісник ЛНУ імені Тараса Шевченка. – 2013. –№13 (272), Ч. IV. –С.126-130.
5. Махновець В.Г. Соціально-педагогічна профілактика Інтернет-адикції у студентів / Наукова робота учасника ІІ Всеукраїнського конкурсу наукових робіт з соціальної педагогіки. – Переяслав-Хмельницький, 2014. –52 с.
6. Цой Н.А. Социальные факторы феномена интернетзависимости : Автореферат насоискание ученой степени кандидата социологических наук / 22.00.04 – социальная структура, социальные институты и процессы / Н.А. Цой. – Владивосток. – 2012. – 20 с.
7. Янг К.С. Диагноз интернетзависимость [Текст] / К. Янг // Мир Интернет. – 2000. – № 2.– С. 24 – 29.
8. Suler J. Computer and Cyberspace Addiction / J. Suler // International Journal of Applied Psychoanalytic Studies. – 2004. – No1.– P. 359 – 363.
9. Турецька Христина Іванівна УДК:316.6(043.3) Особистісна ідентичність схильних до інтернет-залежності осіб 19.00.05 – соціальна психологія; психологія соціальної роботи.

10. Goldberg I. Internet Addictive Disorder [Electronic resource] / I. Goldberg // – [Cited 2010, 8 Dec.]. – Available from: <http://www.psychom.net/iadcriteria.html>.
11. Young K. S. Internet Addiction: Symptoms, Evaluation, And Treatment [Electronic resource] / K. S. Young. – Available from: <http://www.netaddiction.com/articles/symptoms.htm>.
12. Goldberg I. Internet Addictive Disorder [Electronic resource] / I. Goldberg // – [Cited 2010, 8 Dec.]. – Available from: <http://www.psychom.net/iadcriteria.html>
13. Young K.S. The Relationship Between Depression and Internet Addiction [Electronic resource] / K.S.Young, R. C. Rodgers // [Cited 2010, 8 Dec.]. – Available from: <http://www.netaddiction.com/articles/cyberpsychology.htm>
14. Young K. S. What Makes the Internet Addictive: Potential Explanations for Pathological Internet Use [Electronic resource] / K. S. Young // [Cited 2010, 8 Dec.]. – Available from: <http://www.netaddiction.com/articles/habitforming.htm>.
15. Davis R.A. A cognitive-behavioral model of pathological Internet use / R.A. Davis // Computers in Human Behavior. – 2001. – V. 17. – №2. – P. 187–195.
16. Ольга КАМІНСЬКА, кандидат психологічних наук, доцент кафедри педагогіки, психології та корекційної освіти Рівненського ОІППО.
17. Соколова И. В. Социальная информатика / И. В. Соколова. – М. : РГСУ, 2008.
18. Дрепа М. И. Психологическая профилактика интернет-зависимости у студентов : дис. ...канд. псих. наук / М. И. Дрепа. – Ставрополь, 2010. – 277 с.
19. Турецька Х. Вікові особливості самоствавлення осіб, схильних до інтернет-залежності [Електронний ресурс] / Х. Турецька. – Режим доступу : <http://www.social-science.com.ua>.
20. Посохова В. Особливості життєвого планування інтернет-залежної молоді / В. Посохова // Психологічні перспективи. – 2004. – Вип. 6. – С. 150–157.
21. Войскунский А. Е. Актуальные проблемы зависимости от Интернета [Электронный ресурс] / А. Е. Войскунский. – Режим доступа : <http://psyfactor.org/lib/addict.htm>.
22. Вакуліч Т. М. Психологічні чинники запобігання інтернет-залежності підлітків : дис. ...канд. псих. наук / Т. М. Вакуліч. – 2006.
23. Ростовых Д. А. Интернет-зависимость у современных студентов как социально-педагогическая проблема [Электронный ресурс] / Д. А. Ростовых, А.В. Кабанова. – Режим доступа : <http://vapleshakov.livejournal.com/7056.html>.
24. Попова О. А. Личностные особенности студентов с разным уровнем интернет-зависимости / О. А. Попова [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://research-journal.org/featured/psychology/lichnostnye-osobennosti-studentov-sraznym-urovнем-internet-zavisimosti/>.

*Дата надходження рукопису до редакції: 24.02.2020 р.*

#### **ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРА**

**Йовбак Мар'яна Іванівна** – студентка магістратури спеціальності 229 «Громадське здоров'я», факультет здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ «Ужгородський національний університет», вул. Митна, 29, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

Морека Д.М.  
Науковий керівник: Білак-Лук'янчук В.Й.

## **Інфекції, що передаються статевим шляхом: епідеміологія та профілактика, як важлива проблема громадського здоров'я**

**ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна**

*Поширеність ВІЛ та гепатиту С серед статевих партнерів представників уразливих груп також достатньо висока. З метою своєчасного виявлення патології, попередження розповсюдження ІПСШ та ВІЛ в різних групах населення доцільно проводити обстеження на ВІЛ, сифіліс та найбільш розповсюджені ІПСШ, а також й на наявність вірусних інфекцій (гепатити, ВЕБ, ЦМВ, ВПЛ) та проводити їх своєчасне лікування.*

**Ключові слова:** інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ), епідеміологія та профілактика, громадське здоров'я.

Захворювання, що передаються статевим шляхом (ІПСШ) – національна проблема охорони здоров'я України. За даними МОЗ в Україні щорічно реєструється близько 400 тис. нових випадків сифілісу, гонореї, хламідіозу, герпесу, сечостатевого мікоплазмозу, генітального кандидозу та трихомонозу. Офіційна статистика відображає, за різними оцінками, від 30% до 40% реальної кількості випадків ІПСШ. Це пов'язано зі збільшенням прихованих форм і тим, що окремі групи населення не отримують належної дерматовенерологічної допомоги.

Проблему ІПСШ не можна відокремлювати від епідемії ВІЛ/СНІД в Україні, оскільки одним з основних шляхів передачі ВІЛ-інфекції є статевий. Відповідно до оперативної інформації, наданої Українським центром профілактики і боротьби зі СНІДом, станом на 1 грудня 2008 року частка випадків зараження ВІЛ внаслідок введення наркотичних речовин ін'єкційним шляхом (37,3%) вперше за останні 12 років поступила долі випадків інфікування ВІЛ статевим шляхом, що зросла до 41,7%. Це зумовлює необхідність інтенсифікації заходів з діагностики та лікування ІПСШ в уразливих до ВІЛ групах населення з метою попередження подальшого розповсюдження ВІЛ в Україні.

За результатами числених досліджень встановлено, що наявність ІПСШ суттєво підвищує ризик передачі та інфікування ВІЛ статевим шляхом. Зокрема передачі ВІЛ сприяють сифіліс, генітальний герпес, гонорея, хламідіоз, трихомоноз, кандидоз, мікоплазмоз та інші венеричні інфекції. Ерозії та виразки, запалення, пошкодження тканин, що зумовлено ІПСШ, ослаблюють чинники захисту організму від інфікування ВІЛ.

Епідеміологічні дослідження показують, що поширеність ІПСШ в популяції розподілена нерівномірно. Виділяють групи підвищеного ризику (ядерні групи) – уразливу частину населення, що відіграють провідну роль у динаміці епідемічного процесу ((робітники комерційного сексу (РКС), чоловіки, які мають статеві стосунки з чоловіками (ЧСЧ), споживачі ін'єкційних наркотиків (СІН) та ін.):

- СІН (споживачі ін'єкційних наркотиків) – люди, які вживають наркотики ін'єкційним шляхом. Широке визначення включає як осіб, які ін'єкційно вводили наркотики експериментально або продовжують вводити

іноді, так і осіб з важкою залежністю, які можуть вводити наркотики декілька разів на день. СІН можуть вживати легальні та нелегальні наркотики, стимулянти (наприклад, кокаїн або амфетаміни), депресанти (наприклад, героїн або бензодіазепіни) або інші речовини, такі як стероїди. Вони можуть вводити наркотики внутрішньом'язево або внутрішньовенно (Загальна нарада щодо відповіді охорони здоров'я на профілактику та догляд за ВІЛ/СНІД у молодих людей. Досягаючи глобальної мети: доступ до послуг. Технічний звіт по нараді ВООЗ, Монтре, Швейцарія, 17–21 березня 2003 року);

- РКС (робітники комерційного сексу) – особи, які надають платні сексуальні послуги (Концепції Загальнодержавної цільової програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009-2013 роки, схваленої Розпорядженням КМУ від 21.05.2008 № 728-р);

- ЧСЧ (чоловіки, які мають статеві стосунки з чоловіками) – термін включає не лише чоловіків, які ідентифікують себе як геї або гомосексуалісти і мають секс лише з іншими чоловіками, а також бісексуалів, транссексуалів і гетеросексуальних чоловіків, які можуть іноді мати секс з іншими чоловіками. Секс між чоловіками виникає у різних обставинах; між чоловіками, чий досвід, стиль життя, поведінка та поєднані фактори інфікування ВІЛ можуть мати суттєві відмінності. Він включає спектр типів сексуальної та гендерної приналежності людей у різних соціально-культурних контекстах. ЧСЧ часто є одруженими, особливо, у випадку існування дискримінаційних законів або соціальної стигми по відношенню до сексуальних стосунків між чоловіками. Секс між підлітками чоловічої статі може розглядатися як частина сексуальних експериментів. У місцях, де чоловіки тривалий час перебувають у суто чоловічому оточенні, наприклад, тюрмах або школах-інтернатах, секс між чоловіками може бути звичайним явищем, незалежно від сексуальної приналежності, та може бути насильницьким (HIV and SEX BETWEEN MEN. Policy brief. UNAIDS, August 2006).

Внаслідок спільного шляху передачі, а саме статевого, ВІЛ та ІПСШ, уразливі до ВІЛ групи водночас є уразливими до ІПСШ, і навпаки.

Термін «уразливі» використовується відносно ризику інфікування ВІЛ, який може бути високим як результат специфічної поведінки або ситуацій. Прикладами останніх можуть бути сексуальні стосунки дискордантних пар, яким невідомо про їх ВІЛ-статус, або реципієнство крові або її препаратів, що не пройшли дослідження на ВІЛ. Саме поведінка, а не факт приналежності до групи, штовхає особу у ситуації, в яких вона може бути інфікована ВІЛ. Деякі групи населення можуть піддаватися підвищеному ризику інфікування ВІЛ (UNAIDS Terminology Guidelines (March 2007)).

За даними дозорних епідеміологічних досліджень епідемія ВІЛ-інфекції в Україні залишається сконцентрованою в уразливих групах населення, а саме серед РКС, ЧСЧ, СІН. Дозорні епідеміологічні дослідження, проведені у 2007 році, встановили, що найбільшу частку ВІЛ-інфікованих осіб виявлено серед СІН (від 24 до 55%), серед РКС – (від 8 до 32%), серед хворих на ІПСШ (від 1,7 до 12,3%). Отримані показники відрізняються від даних офіційної статистики і свідчать про високий рівень інфікованості ВІЛ представників вказаних груп населення.

Метою даного посібника є рекомендації з організації системи надання дерматовенерологічної допомоги представникам уразливих груп населення для протидії епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу на виконання Концепції Загальнодержавної цільової програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009-2013 роки, схваленої Розпорядженням КМУ від 21.05.2008 No 728-р.

Ефективна реалізація програми діагностики та лікування ІПСШ серед представників уразливих до інфікування ВІЛ груп населення (далі – програма) можлива при забезпеченні доступності, прийнятності і ефективності відповідних послуг, що вимагає наявності наступних складових:

- Розвиненої системи надання послуг з діагностики та лікування ІПСШ із необхідним матеріально-технічним та кадровим забезпеченням (медичні установи, НУО, підготовлений медичний та немедичний персонал, укладені партнерські відносини та дієві механізми взаємодії);

- Доступу надавачів послуг до представників цільової групи отримувачів послуг, в тому числі шляхом активного виходу на цільову групу;

- Доступ представників цільових груп до послуг;

- Матеріально-технічне забезпечення надання послуг (наявність необхідних діагностичних тест- систем, лікарських засобів, засобів профілактики, витратних матеріалів тощо).

Зрозуміло, що відсутність або низький рівень реалізації окремих компонентів програми призведе до зниження ефективності виконання програми в цілому або окремих її завдань.

Враховуючи особливості представників цільових груп (“закритість” групи, низька прихильність до ЛПЗ, діагностики та лікування, суспільна стигматизація представників цільових груп), регіональні особливості ситуації (чисельність цільових груп, особливості життєдіяльності представників цільових груп (наркосцена, системи організації сексбізнесу), розвитку інфраструктури організацій, що мають вихід на представників цільових

груп, розвитку епідситуації з ІПСШ та ВІЛ/СНІДу, ефективна реалізація єдиної уніфікованої моделі надання послуг з діагностики та лікування ІПСШ представникам уразливих груп не є можливою та потребує застосування диференційованого підходу до організації послуг з діагностики і лікування ІПСШ для різних груп населення.

Саме тому у посібнику представлено декілька підходів щодо організації дерматовенерологічної допомоги. Кожна з представлених моделей має свої позитивні та негативні сторони, висуває різні вимоги до кадрового і матеріально-технічного забезпечення. Пріоритетна модель повинна визначатися з урахуванням регіональних особливостей ситуації з метою забезпечення максимального охоплення представників уразливих груп максимально повним пакетом якісних послуг з діагностики і лікування ІПСШ. Найбільш ефективним є впровадження і комбінація кількох моделей, що може значно підвищити ефективність роботи програми в цілому.

### **1 Організація надання послуг з діагностики та лікування ІПСШ представникам уразливих груп населення**

Діагностика, лікування та профілактика ІПСШ в групах населення, уразливих до ВІЛ, є суттєвим елементом в системі заходів, що протидіють розповсюдженню ВІЛ-інфекції в Україні.

Знаходячись в конфлікті з суспільними нормами поведінки, представники уразливих груп здебільшого негативно ставляться до лікування венеричних хвороб в офіційно визнаних установах і досить часто ухиляються від обстеження і лікування. В силу об'єктивних причин, ефективність диспансерної роботи серед таких контингентів вкрай низька.

Забезпечення доступу до лікування ІПСШ, як одного з необхідних компонентів програм з профілактики ВІЛ-інфекції і інших ІПСШ, є найскладнішим завданням для організацій, що реалізують комплексні програми профілактики серед РКС, СІН, ЧСЧ, тощо.

Існує ряд причин, що обмежують доступ до послуг офіційних медичних установ представників уразливих до ВІЛ груп, зокрема:

З боку цільової групи:

- Недостатня інформованість;
- Відсутність документів, що засвідчують особу;
- Специфіка роботи;
- Звичні сексуальні практики;
- Неприйняття використання презервативів;

- Самостигматизація і соціальна стигма;
- Недовіра до представників державної медицини і небажання звертатися по медичну допомогу;

- Низька прихильність лікуванню (недотримання схем призначеного лікування, порушення режиму прийому препаратів, тощо);

- Небажання інформувати партнера.

З боку державних медичних установ:

- Недоступність послуг з діагностики та лікування ІПСШ для представників цільових груп (територіальна віддаленість, коштовність, неприйнятний графік роботи тощо);

- Неможливість надання медичних послуг особам без документів;

- Обмежений набір безкоштовних послуг;

- Недоступність повного пакету послуг з діагностики і лікування ІПСШ при першому візиті пацієнта;
- Немоżliвість призначення лікування ІПСШ на підставі клінічних проявів та/або результатів експрес-тестування та необхідність проведення тривалих і коштовних підтверджуючих лабораторних досліджень;

- Затверджена наказами керівних органів охорони здоров'я процедура постановки на диспансерний облік пацієнтів з виявленими захворюваннями;

- Засуджуюче (нетолерантне) ставлення до представників уразливих груп з боку працівників ЛПЗ.

Забезпечення діагностики і лікування ІПСШ має ґрунтуватися на принципі «5 К»:

1. Контакти: інформування і лікування статевого партнера;

2. Консультування: навчання щодо зниження ризику;

3. «Комплаєнс»: забезпечення прихильності до лікування;

4. Кондоми: забезпечення презервативів та мотивування до їх використання;

5. Конфіденційність: дотримання принципу приватності.

Ефективний контроль за поширенням ІПСШ можна досягнути шляхом поєднання заходів, які складають так званий пакет послуг, відповідно до підходів охорони громадського здоров'я.

Основними компонентами пакету послуг з профілактики і контролю ІПСШ є:

- Мотивування до безпечної сексуальної поведінки;
- Розповсюдження презервативів;

- Мотивування до звернення за медичною допомогою;

- Інтеграція послуг з профілактики і лікування ІПСШ до первинної ланки системи охорони здоров'я, закладів репродуктивного здоров'я, приватних клінік тощо;

- Специфічні послуги для уразливих груп, наприклад, РКС, ЧСЧ тощо;

- Комплексне ведення випадку ІПСШ;

- Профілактика і лікування вродженого сифілісу і кон'юнктивіту новонароджених;

- Раннє виявлення симптоматичних і безсимптомних інфекцій.

Ведення випадку ІПСШ («кейс-менеджмент») передбачає надання допомоги особі з синдромом, пов'язаним з ІПСШ, або позитивним результатом тестування на одну або кілька ІПСШ.

Компонентами комплексного ведення випадку ІПСШ є:

- збір анамнезу;

- клінічне обстеження;

- встановлення правильного діагнозу;

- раннє та ефективне лікування;

- консультування щодо сексуальної поведінки;

- мотивування до використання презервативів та забезпечення ними, консультування щодо інформування

статевого партнера та його лікування, подальше клінічне спостереження.

Забезпечення допомоги при ІПСШ передбачає впровадження ефективних підходів до ведення як клінічно маніфестних, так і безсимптомних випадків ІПСШ

### Види тестування на ІПСШ:

1. Діагностичне тестування: проводиться за клінічними показаннями пацієнтам з маніфестними формами захворювання для визначення етіології виявлених клінічних симптомів;

2. Виявлення випадку: проведення тестування особам без симптомів ІПСШ, які звернулися по медичну допомогу як контактні (статеві партнери пацієнтів з ІПСШ) або через інші, ніж ІПСШ, причини;

3. Скринінг: обстеження осіб без симптомів ІПСШ, які безпосередньо не звертаються за будь-якою медичною допомогою. Скринінгом можуть бути охоплені популяції поза межами ЛПЗ, досягненні за допомогою аутріч-роботи. Скринінг може проводитися як в медичних установах, так і в немедичних. Скринінг має проводитися із дотриманням принципів конфіденційності і поваги до прав людини та може слугувати ефективним заходом виявлення безсимптомних інфекцій. Рутинному скринінгу підлягають усі пацієнти з ризиком інфікування ІПСШ. Цільовий скринінг в групах високого ризику підвищує економічну ефективність скринінгових програм.

### Види лікування ІПСШ:

1. Превентивне лікування (епідеміологічне, профілактичне) призначається на підставі результатів оцінки ризику інфікування ІПСШ. Прикладом є епідеміологічне лікування статевих партнерів пацієнтів з діагнозом ІПСШ. Дозволяє забезпечити високий рівень охоплення представників уразливих груп та досягти швидкого зниження захворюваності на ІПСШ в регіонах з її високим рівнем.

2. Синдромне лікування призначається на підставі результатів клінічного обстеження та оцінки ризику інфікування ІПСШ. Є ефективним та економічно обґрунтованим заходом для зниження захворюваності на ІПСШ та дозволяє забезпечити високий рівень охоплення цільових груп. Застосування синдромного лікування є виправданим при клінічно маніфестних формах ІПСШ.

3. «Напівсиндромне» лікування призначається на підставі результатів клінічного обстеження, оцінки ризику та лабораторних досліджень методом ІХА. Дозволяє забезпечити високий рівень охоплення представників цільових груп, призначення лікування при першому візиті пацієнта, проте відрізняється вищою специфічністю, порівняно з синдромним лікуванням.

4. Етіологічне лікування призначається на підставі результатів клінічного обстеження та підтверджуючих лабораторних досліджень та відрізняється високою ефективністю і специфічністю.



---

**ЛІТЕРАТУРА**

1. Соціальна робота з людьми, які живуть із ВІЛ, СНІДом. Методичний посібник для проведення курсів підвищення кваліфікації / Т.Семигіна, О.Банас, Н.Венедиктова та ін. – Київ, Вид. дім «Кієво-Могилянська академія», 2006 р. – 620 с.
2. Наказ МОЗ України від 19.08.2005 р. No 415 „Про удосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію”.
3. МОЗ України, Український центр профілактики і боротьби зі СНІДом МОЗ України.
4. МОЗ України, Український центр профілактики і боротьби зі СНІДом МОЗ України, ДУ „Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського АМН України”, Центральна санітарно-епідеміологічна станція МОЗ України. Інформаційний бюлетень „ВІЛ- інфекція в Україні” No 30. 2008 р.
5. Застосування швидких тестів у лабораторній діагностиці інфекційних хвороб (методичні рекомендації з наказом МОЗ України No 467 від 23.09.2004) / В.П. Широбоков, І.В. Дзюблик, С.Г. Вороненко та ін. – Київ, 2004. – 32 с.
6. Методичні рекомендації з проведення досліджень для моніторингу відповіді країни на епідемію ВІЛ-інфекції / Балакірєва О.М. Варбан М.Ю., Довбах Г.В. [та ін.], МБФ „Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні”. – К., 2008 – 96 с.
7. Моніторинг та оцінка проект і проектів. Практичний посібник / Ольга Морозова, Ольга Варецька, Деніел Джонс, Пепукай Чікуква, Тетяна Салюк. – Київ: «Оранта», 2008. – 144 с.

*Дата надходження рукопису до редакції:* 24.02.2020 р.

**ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРА**

**Морека Діана Михайлівна** – студентка магістратури спеціальності 229 «Громадське здоров'я», факультет здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ «Ужгородський національний університет», вул. Митна, 29, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

Дудаш Г.В.  
Науковий керівник: Брич В.В.

## **Інформаційно-комунікативні технології в профілактичній діяльності системи охорони здоров'я**

**ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна**

*В роботі проведений аналіз літературних джерел та визначено роль інформаційно-комунікативних технологій в профілактичній діяльності охорони здоров'я й громадськості.*

*Системний аналіз опрацьованих джерел дозволив визначити, що профілактична діяльність системи охорони здоров'я з метою досягнення її більшої ефективності та покращення стану здоров'я населення на різних рівнях потребує розвитку інформаційно-комунікативних технологій за сучасними методиками поширення інформації, спрямованої на мотивацію населення до збереження здоров'я та формування здорового способу життя.*

**Ключові слова:** інформаційно-комунікативні технології, здоров'я, профілактика.

### **ВСТУП**

Глобальна комунікативна діяльність як технологічна основа активізації глобальних процесів в усіх регіонах світу не лише забезпечує доступ усім категоріям членів сучасного суспільства до його інформаційних ресурсів, але й залучає їх також до активної участі в інформаційних обмінах, масового розвитку процесів інфотворення. Інформаційні можливості сучасності обумовлюють зростання соціальної активності членів суспільства. Ця активність виражається сьогодні в реалізації можливостей, що з'являються у зв'язку з розвитком інформатизації, у дедалі більшій кількості людей для самовираження, обміну соціальним досвідом, для вдосконалення соціальної структури суспільства, діяльності, спрямованої на особисте вдосконалення й прогресивний розвиток суспільства.

Важливість комунікативної діяльності в сфері охорони здоров'я визначено в "Здоров'я 2020: основи європейської політики і стратегії для XXI століття" [1].

Державна політика в Україні щодо інформатизації системи охорони здоров'я, а також впровадження новітніх інформаційних технологій спрямована на ліквідацію відставання в цій сфері від передових світових держав і прискорення входження в інформаційний простір міжнародного співтовариства з метою підняття управління охороною здоров'я, практичної медицини, медичної освіти і науки на сучасний рівень. Забезпечення ефективної комунікативної діяльності та оперативного доведення до населення об'єктивної інформації в сучасних умовах розвитку суспільства без використання сучасних інформаційних технологій не можливо [2].

Для України є важливим питання розробки стратегії формування та подальшого вдосконалення відомчої інформаційної системи відповідно до вимог єдиного інформаційного простору країни, що і визначило актуальність даного дослідження.

**Мета** – вивчити роль інформаційно-комунікативних технологій в профілактичній діяльності охорони здоров'я й громадськості.

### **МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ**

У роботі використано методи структурно-логічного аналізу та бібліосемантичний. Методичною основою дослідження слугували системний підхід і системний аналіз.

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

Загальновідомо, що збереження, покращення та стабільність здоров'я кожного, насамперед, залежать від самої людини на 50%, потім – від держави, і лише на 10% – від медицини. Виходячи з цього, основним завданням держави в регулюванні є забезпечення належного рівня знань у населення. Тому стратегічним напрямом реформ має стати саме забезпечення освіченості населення країни в питаннях збереження та покращення стану свого здоров'я, ведення здорового способу життя, підвищення моральності у суспільстві та поінформованості щодо прав і можливостей.

Сьогодні неможливо надавати високоякісні медичні послуги в межах системи, зорієнтованої на стаціонарне лікування. Перехід до дійової повсюдної медицини є можливим тільки тоді, коли медичні послуги стануть доступними широкому колу людей. В той же час необхідно перенести акцент з клінічної медицини на профілактику та ранню діагностику [2].

У рішенні фундаментальних проблем розвитку держави і громадянського суспільства профілактиці, як складовій системи охорони здоров'я, належить одна з провідних ролей, насамперед це стосується покращення демографічної ситуації, здоров'я населення, усунення наслідків тютюнопаління, алкоголізму, наркоманії, низької народжуваності та ін. Багато причин, що спричиняють захворюваність і смертність, можливо не тільки усунути, а і уникнути істотних витрат. Оптимальні моделі профілактики є в багатьох країнах. Досвід роботи свідчить про їх ефективність [3].

Профілактика не може бути успішною лише за рахунок сил охорони здоров'я – необхідне тісне співробітництво з іншими секторами суспільства. Партнерство між міністерствами, недержавними і

громадськими організаціями, науково-дослідними установами і професійними науковими товариствами за активної участі самого населення дозволило б об'єднати ресурси для проведення спільної профілактичної роботи на етапах її планування, реалізації і оцінки ефективності і впливати на поведінку населення через різні сектори суспільства [3].

У системі профілактики захворювань пріоритетна роль належить первинній профілактиці – системі заходів попередження дії чинників ризику розвитку захворювань, яка містить у собі поведінкові та медичні ризики для здоров'я, вакцинацію, раціональний режим праці і відпочинку, якісне харчування, фізичну активність, зниження нервово емоційного напруження, виробництво і закупівлю спеціального харчування для хворих на рідкісні захворювання, охорону довкілля. До первинної профілактики належить індивідуальна профілактика, яку здійснює сама людина, а також забезпечення високого рівня громадського здоров'я за рахунок покращення умов праці і відпочинку, житлових і побутових умов, зростання матеріального добробуту, розширення якості і асортименту продуктів харчування, розвитку охорони здоров'я, освіти і культури, поширення фізичної культури [3].

При рішенні профілактичної задачі інструментом впливу є інформування населення щодо шляхів профілактики захворювань та навчання тактиці дій при виникненні захворювань, формування мотивації з відповідального ставлення до особистого здоров'я [4].

Одним із завдань стратегії щодо підвищення ролі профілактики в охороні здоров'я є використання засобів масової інформації для просвітницької роботи серед населення щодо основ здорового способу життя, забезпечення ЗМІ необхідною науково обґрунтованою інформацією щодо причин виникнення захворювань, основних методів їх профілактики та основ здорового способу життя. Комунікації розглядаються як один з найважливіших інструментів побудови громадянського суспільства в державі [5].

Комунікативний процес є необхідною умовою становлення, розвитку і функціонування всіх соціальних систем, тому що саме завдяки йому стає можливим зв'язок між поколіннями, накопичення й передача соціального досвіду, його збагачення, розділення праці та обмін її продуктами, організація суспільної діяльності, трансляція культури. Саме завдяки комунікації здійснюється управління, і тому вона є тим соціальним механізмом, який сприяє реалізації влади в суспільстві [2].

Громадянське суспільство потребує розвинутих і обґрунтованих комунікаційних стратегій і тактик, які допомагають: по-перше, задовольнити потреби суспільства в якісній та оперативній інформації, по-друге, забезпечать суспільство, окремі організації і групи людей максимально повними й вичерпними відомостями про діяльність всіх (владних і невідладних) структур в суспільстві, нададуть можливість всім суб'єктам комунікації довести свою соціальну значущість, завоювати довіру до своєї діяльності й дістати підтримку з боку громадськості для успішного виконання своїх функцій. В охороні здоров'я це інформування та навчання населення основам збереження та зміцнення особистого здоров'я, ЗСЖ, профілактики захворювань, тактиці дій при

загрозливих для здоров'я та життя станах; виду та місця і умов отримання певних видів медичної допомоги. В демократичному суспільстві забезпечується одна з найважливіших потреб сучасного людства – потреба вчасно отримувати об'єктивну, неупереджену, повну і достовірну інформацію. Інформація є невід'ємною складовою процесу комунікації як окремих індивідів, так і цілих спільнот [2].

Форми і методи комунікацій, які використовуються в системі охорони громадського здоров'я залежать від задач, які вони вирішують, цільової аудиторії комунікаційного впливу та рівня комунікацій. Основу профілактичної роботи складають комунікації, які мають здійснюватися на індивідуальному, сімейному та на рівні громади. Найбільш цінною роботою з профілактики є освітні програми з формування відповідального ставлення до особистого здоров'я та здорового способу життя. Для пацієнтів такими формами є наступні. На індивідуальному рівні – пам'ятки, буклети, плакати, муляжі, слайди, відео-, аудіо матеріали тощо; на рівні сім'ї – проведення занять з питань ЗСЖ, а на рівні громади – створення громадських рухів за здоров'я [6].

Інформаційно-комунікаційні технології справлятимуть позитивний вплив на підвищення рівня освіченості громадян щодо можливостей медичної галузі сьогодні, на збільшення мотивації людей до піклування про власне здоров'я та ведення здорового способу життя та, що важливо, забезпечуватимуть відкритий діалог влади і громади в питаннях збереження, зміцнення здоров'я.

Сьогодні, в час необмежених можливостей інформаційних і комп'ютерних технологій, можна легко створити і загальнонаціональну інформаційно-освітню програму для широких мас населення з основ збереження здоров'я. Одним з напрямів, що треба досягти комунікацією, є ефективність зворотного зв'язку від людини до держави, щоб уживані управлінські заходи були ефективними та зрозумілими для населення [7].

До питань ресурсозабезпеченості галузі охорони здоров'я загалом, що вкрай актуальні сьогодні, можна зарахувати і матеріально технічну забезпеченість – крім медичного обладнання, що має відповідати світовим рівням та бути сучасним, важливо розвинути мережу інформаційно-аналітичних програм і технологій. Адже доведено, що впровадження саме таких технологічних можливостей інформування, спілкування, надання допомоги є таким, що заощаджує ресурси та розширює кордони спілкування й надання медичної допомоги [7].

Широке впровадження інформаційних технологій у поєднанні з організаційними змінами в медичних закладах дозволить за порівняно короткий термін досягнути суттєвого підвищення ефективності роботи закладів охорони здоров'я, підвищити якість лікування та діагностики. Останнім часом швидкого розвитку набули хмарні технології, при яких програмне забезпечення та комп'ютерні ресурси надаються користувачеві як інтернет-сервіс. Вони суттєво спрощують впровадження та підтримку інформаційних продуктів та облегшують надання телемедичної консультації. Важливим напрямком розвитку системи охорони здоров'я є створення єдиного медичного інформаційного простору, який дозволить

обмінюватися та спільно використовувати дані пацієнтів, які лікувалися у різних медичних закладах [8].

Доцільно наголосити, що одним із найпоширеніших тверджень сучасності є визнання того, що в епоху інформаційного суспільства отримання, споживання, створення і розповсюдження інформації є домінантною ознакою сучасного життя. Інформація впливає на людину і чинить на неї вплив у найрізноманітніших сферах людського буття. Все це передбачає широке використання інформаційних технологій у будь-якій сфері в тому числі в охороні здоров'я за для формування: громадської думки, яка є важливим чинником побудови в державі громадянських відносин, а в охороні здоров'я мотивованого відповідального відношення до особистого здоров'я та здоров'я членів родини.

Комунікація у галузі громадської охорони здоров'я надає громаді спосіб протидії активному просуванню на ринок небезпечних виробів та пропаганді нездорового способу життя, наприклад, паління тютюну. Вона являє собою процес двостороннього обміну інформацією, що потребує прослуховування, збору інформації та з'ясування того, як люди сприймають повідомлення і формують у своїй свідомості ідеї відносно здоров'я, щоб можна було передавати інформацію в більш доступних та переконливих форматах. Комунікація у галузі громадської охорони здоров'я також означає гласність, завдяки якій громада може знати, що говориться та діється від її імені [2].

Державна політика в Україні щодо інформатизації системи охорони здоров'я, а також впровадження новітніх інформаційних технологій (телемедицини, дистанційного навчання тощо) спрямована на ліквідацію відставання в цій сфері від передових світових держав і прискорення входження в інформаційний простір міжнародного співтовариства з метою підняття на сучасний рівень управління охороною здоров'я, практичної медицини, медичної освіти і науки [9]. Для України актуальними є питання розробки стратегії формування та подальшого вдосконалення відомчої інформаційної системи відповідно до вимог єдиного інформаційного простору країни, а об'єкт інформатизації розглядається як складова частина інформаційної структури держави та сукупність різноманітних структур і форм їх взаємодії щодо збору, обробки, збереження, розповсюдження та використання різних видів інформації з метою підтримки прийняття рішень та задоволення інтересів громадян [10].

Стратегія розвитку інформаційної системи, як основи сучасного інформаційного забезпечення комунікацій в охороні здоров'я, має повністю відповідати основним цілям галузі та сприяти збереженню здоров'я нації і забезпечити ефективний розвиток галузі охорони здоров'я. Технології процесу комунікації включають форми та канали представлення інформації, що забезпечує своєчасність, достовірність та достатність представлення інформації для її споживачів – населення в цілому та окремих груп комунікативного впливу [2].

У рамках проведення інформатизації охорони здоров'я, в т.ч. існуючих регіональних програм інформатизації галузі за останні роки зроблені істотні кроки з покращення комп'ютерного забезпечення закладів охорони здоров'я (в першу чергу обласного та районного рівнів), підключення їх до мережі Інтернет; створення

корпоративної мережі обміну інформацією між установами та медичними закладами на основі електронної пошти; створення локальних мереж в медичних закладах; розвитку та підтримки функціонування медичних веб-сайтів; розвитку інформаційних технологій клінічної та навчальної спрямованості; впровадження автоматизованих робочих місць медичних працівників, медико-статистичних систем, систем типу «Стационар» або «Поліклініка» зі створенням персоніфікованих баз даних; впровадження сучасних телекомунікаційних систем та телемедичних технологій; підвищення ефективності і якості всіх видів робіт, пов'язаних зі збором, обробкою, збереженням і поданням медико-статистичної інформації для підвищення оперативності і якості прийняття управлінських рішень [11, 12].

Намітилася тенденція відокремлення інформаційного забезпечення в самостійні системи, які не пов'язані методологічно між собою, і функціонують ізольовано через неузгодженість у підходах до кодування інформації, застосування програмного забезпечення. Інформація, що накопичується в таких базах даних, практично не використовується в процесі прийняття управлінських та лікарських рішень, не дає можливості оцінити якість надання медичної допомоги, діяльність територіальних медичних служб і лікувально-профілактичних закладів [13]. В «Щорічних доповідях про стан здоров'я населення, санітарно епідеміологічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я» висвітлювалися питання вкрай недостатнього стану інформатизації системи охорони здоров'я та проблеми з формування у населення здорового способу життя та профілактики неінфекційних хронічних захворювань [2].

Дане дослідження ми продовжимо аналізом посібника «Мінімальні ІТ вимоги до розбудови інформаційно-комунікаційної підтримки фінансування та управління в сфері медичного обслуговування на національному та регіональному рівнях», який розроблено в 2016 році в рамках проекту ЄС «Фінансування та управління у сфері охорони здоров'я в Україні». В даному посібнику практично вперше було в загальному виді розкрито стратегію запровадження інформаційно-комунікаційних технологій у сфері охорони здоров'я в Україні, організаційні питання з формування регіональних інформаційних стратегій для системи охорони здоров'я на прикладі Житомирської області, мінімальні вимоги до програмного забезпечення фінансування і управління у сфері охорони здоров'я та склад компонентів програмного забезпечення і базову конфігурацію технічних засобів [14]. Міністерство охорони здоров'я України не затверджувало методичної літератури з питань комунікативної діяльності в охороні здоров'я. При цьому видавалися методичні посібники для працівників інших сфер діяльності. Так, для працівників системи соціального захисту населення видавався методичний посібник «Інформування громадськості та співпраця зі ЗМІ» [15].

В сучасних умовах широко використовуються такі канали комунікації як телебачення, радіо, Інтернет, відкриті телефонні лінії, акції масової культури, акції за участі відомих осіб та неформальних лідерів, інформація на різних носіях, індивідуальні та групові бесіди. Така форма

комунікацій як лекція втрачає своє значення і є малоефективною [4]. Для більш ефективного комунікативного впливу для певних цільових груп комунікативного впливу можуть бути організовані «Школи здоров'я» з проведенням цільових занять та тренінгів та функціонування сайтів здоров'я із зворотнім зв'язком. Важливою формою, особливо в критичних станах, є організація кабінетів та цілодобових телефонних ліній «Довіра».

Необхідно відмітити, що ефективна комунікативна діяльність може бути забезпечена шляхом використання:

- сучасних технологій комунікацій в загальній стратегії «паблік рілейшнз»;

- методів індивідуального та масового інформування населення з актуальних питань громадського здоров'я;

- своєчасності представлення необхідної інформації;

- вивчення, шляхом проведення соціологічних досліджень, потреби населення та окремих цільових груп в інформації профілактичного, медичного, організаційного, законодавчого характеру;

- прогнозування позитивної та негативної реакції населення чи окремих цільових груп та певну інформацію та форму її подачі.

На початку XXI століття у світі понад 70 тис. веб-сайтів поширювали та більше ніж 50 млн осіб шукали

медичну інформацію в Інтернеті. Вітчизняні дослідження, присвячені аналізу використання Інтернету для медичних потреб різними категоріями Інтернет не лише пропонує широкий доступ до медичної інформації, а завдяки інтерактивності дозволяє надавати зворотний зв'язок стосовно взаємодії пацієнтів із медичними закладами та лікарями, у тому числі анонімно. Вітчизняні пацієнти наразі активніше обговорюють на інтернет-форумах власний досвід взаємодії з системою охорони здоров'я [17].

## ВИСНОВКИ

Системний аналіз опрацьованих джерел дозволив визначити, що профілактична діяльність системи охорони здоров'я з метою досягнення її більшої ефективності та покращення стану здоров'я населення на різних рівнях потребує розвитку інформаційно-комунікативних технологій за сучасними методиками поширення інформації, спрямованої на мотивацію населення до збереження здоров'я та формування здорового способу життя.

*Перспективи подальших досліджень* спрямовані на дослідження можливостей використання різних інформаційно-комунікативних каналів для промоції здоров'я серед населення різних вікових груп.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Здоров'я 2020. Основи європейської політики та стратегія для XXI століття. WHO. Regional Office for Europe. Copenhagen, 2013. – 224 с.
2. Комунікації в охороні здоров'я [монографія] / М.А. Знаменська, Г.О. Слабкий, Т.К. Знаменська. – Київ, 2019. – 194 с.
3. Сердюк А. М. Стратегія розвитку профілактики в охороні здоров'я в Україні / А. М. Сердюк, Ю. І. Кундієв, А. М. Нагорна [та ін.] // Журнал НАМН України. – 2012. – Т. 18, № 3. – С. 358–371.
4. Комунікації та соціальна мобілізація в інтересах здоров'я населення в рамках системи громадського здоров'я. Методичні рекомендації / Г.О. Слабкий, В.В.Шафранський, І.С. Миронюк, В.В. Кручаниця. – Київ, 2016. – 20 с.
5. Теория коммуникации: учебник для бакалавров / М. Ю. Коноваленко, В. А. Коноваленко. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : Издательство Юрайт, 2014. – 415 с.
6. Шафранський В.В. Використання комунікацій в системі громадського здоров'я / В. В. Шафранський, Г. О. Слабкий // Сучасні медичні технології. – 2016. – № 1. – С. 92–94.
7. Корольчук О. Л. Комунікація – стратегічний напрям державного регулювання охорони репродуктивного здоров'я / О. Л. Корольчук // Держава та регіони : наук.-вироб. журн. Серія “Державне управління” / Запоріж. Приват. класич. ун-т. – 2012. – № 3. – С. 52–55.
8. Авраменко В. І. Формування основних напрямків розвитку інформаційних технологій в охороні здоров'я України на основі світових тенденцій / В. І. Авраменко, В. О. Качмар // Український журнал телемедицини та медичної телематики. – 2011. – Том 9, № 2. – С. 5-15.
9. Горбань А. Є. Стан інформатизації системи охорони здоров'я та впровадження телемедицини технологій / А. Є. Горбань, Є. М. Кривенко // Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2012 рік : монографія ; за ред. Р. В. Богатирьової. – К., 2013. – С. 385–404.
10. Лаврінченко В. Інформаційно-аналітичне забезпечення діяльності органів державної влади / В. Лаврінченко // Вісн. НАДУ. – 2003. – №3. – С. 502–507.
11. Характеристика інформаційно-комп'ютерного забезпечення служби інтенсивної терапії міських лікарень України / В. М. Князевич, Г. О. Слабкий, Р. М. Федосюк, О. М. Ковальова // Україна. Здоров'я нації. – 2009. – № 1. – С. 53–56.
12. Арістова І.В. Державна інформаційна політика: організаційно-правові аспекти / За заг. ред. д-ра юрид. наук, проф. Бандурки О.М.. : Монографія. – Харків: Вид-во Ун-ту внутр. справ. – 368 с.
13. Лещук Н. М. Методика дослідження структури і обсягів інформаційних потоків та інформаційних потреб на різних рівнях управління охороною здоров'я / Н. М. Лещук, Г. О. Слабкий, Є. М. Кривенко // Укр. журн. телемедицини та

мед. телематики. – 2009. – Т. 7, № 1 : матер. V Міжнар. конф. «Телемедицина – досвід перспективи», 11–13 березня 2009 р., Донецьк. – С. 111.

**14.** Кривенко Є. М. Розвиток інформаційно-комунікаційних технологій в охороні здоров'я України в умовах реформування (огляд літератури) / Є. М. Кривенко, О. Р. Ситенко // Вісник соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2013. – № 3 (57). – С. 50–55.

**15.** Інформування громадськості та співпраця зі ЗМІ. Методичний посібник для фахівців системи соціального захисту населення. – Київ, 2007. – 48 с.

**16.** Соціальні мережі як чинник розвитку громадянського суспільства : [монографія] / [О. С. Онищенко, В. М. Горовий, В. І. Попик та ін.] ; НАН України, Нац. б-ка України ім. В. І. Вернадського. – К., 2013. – 220 с.

**17.** Богомаз В. М. Оцінка використання Інтернету для медичних потреб пацієнтами міста Києва / В. М. Богомаз, М. С. Сондак, О. І. Могила // Практикуючий лікар. – 2016. – т. 5, № 3. – С. 95-98.

*Дата надходження рукопису до редакції: 24.02.2020 р.*

### **ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРА**

**Дудаш Габрієла Василівна** – студентка магістратури спеціальності 229 «Громадське здоров'я», факультет здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ «Ужгородський національний університет», вул. Митна, 29, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

Леньо Д.М.

Науковий керівник: Білак-Лук'янчук В.Й.

## **Аналіз захворюваності та смертності населення Закарпатської області внаслідок вживання психоактивних речовин**

**ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна**

Алкоголь залишається фактором, який відчутно впливає на здоров'я населення. Наслідки зловживання алкоголем є не тільки медичною, але і соціально-економічною всесвітньою проблемою [2]. Виходячи з цього, прийнято Глобальну стратегію скорочення шкідливого впливу споживання алкоголю (2010 р.) та Європейський план дій зі скорочення шкідливого вживання алкоголю на 2012–2020 рр. (2011 р.) [2]. Алкоголь користується стійким попитом серед населення України і входить до переліку топ-5 найпопулярніших продуктів. В Україні (з урахуванням контрафактної алкогольної продукції) споживання алкоголю суттєво зросло з 5,4 л у рік на душу населення віком від 15 років у 2002 р. до 15,6 л у 2012 р. [2]. За даними ВООЗ, Україна на сьогодні за рівнем споживання алкоголю на душу населення на рік займає чільне місце у світі. У 2011 р. за цим показником Україна в Європі поступалася тільки Молдові (18,22 л), Чехії (16,45 л), Угорщині (16,27 л) та Російській Федерації (15,76 л), займаючи 5-е місце (15,6 л) серед 189 країн світу, для яких ВООЗ обчислила цей показник. У 2014 р. за рівнем споживання алкоголю в Європі Україна поступалася Білорусі (17,5 л), Молдові (16,8 л), Литві (15,4 л), Російській Федерації (15,1 л), Федеративній Республіці Німеччина (14,7 л) тощо. За даними ВООЗ, загальний обсяг вживання алкоголю (в перерахунку на абсолютний спирт) населенням України пересічно становив (легального і нелегального) 14,3 л у 2003–2005 рр. та 13,9 л у 2008–2010 рр. [5, с. 34].

Алкоголізм є однією з найпоширеніших проблем сучасної української сім'ї і взагалі всього суспільства. Причиною є те, що вживання алкогольних напоїв із шкодою для здоров'я викликає численні негативні соціальні та медичні наслідки, призводить до фізичної і моральної деградації як окремої людини, так і складає загрозу безпеки суспільства в цілому. Україна посідає п'яте місце у світі за рівнем вживання алкоголю (15,6 л чистого алкоголю на душу населення). Причому, тільки приблизно половина всього обсягу вживання алкоголю – продукт легального виробництва. Надзвичайно високим є рівень вживання міцних алкогольних напоїв (не менше 80%). До зловживання алкоголем приєднуються все більше жінок і підлітків, у тому числі й як наслідок зростання споживання пива і слабоалкогольних «алкопопсів» у сучасному суспільстві, відносної легкості придбання алкогольних напоїв і доступних цін. З психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання алкоголю в Україні під диспансерним наглядом перебуває близько 600 тис. осіб. Однак реальна кількість осіб, які страждають на

алкогольну залежність, невідома і очевидно є значно більшою [5, с. 53-54].

Як вказує К. К. Борщ в одній із статей: «За даними опитування, яке проводилося студентами 2 курсу, серед мешканців Закарпатської області було виділено 2 найбільш розповсюджені девіації серед закарпатських сімей, а саме: 1) алкоголізм; 2) насилля в сім'ї» [1, с. 89].

Базуючись на сучасних статистичних даних неможливо якісно оцінити реальну завдану шкоду. Найбільш сучасним та достовірним на міжнародному рівні методом для узагальненої оцінки стану здоров'я населення є підрахунок втрачених років здорового життя, які характеризуються показником DALY (Disability adjusted life years) – кількість років життя, втрачених через інвалідність та передчасну смертність [8].

Таким чином, індекс DALY підсумовує втрати років продуктивної діяльності людини для суспільства. Смертність та захворюваність можна оцінити в одній одиниці вимірювання та представити у вигляді єдиного показника. Концепція DALY була розроблена Murray та Lopez у ході досліджень, які проводились Всесвітньою організацією охорони здоров'я у 1990 р. Результати були шокуючими. Виявилось, що 5 з 10 найпоширеніших причин втрати працездатності – психічні захворювання, які забирають близько 28% усіх «працездатних» років населення.

У Закарпатській області за 2016 р. індекс DALY унаслідок розладів психіки та поведінки становить 695 років життя у розрахунку на 100 тис. населення. У структурі індексу DALY показник YLD становить 70,2%, тобто майже 500 «працездатних» років люди втрачають унаслідок розладів психіки та поведінки. Розлади психіки та поведінки є вагомою причиною втрати років якісного, продуктивного, повноцінного життя серед населення Закарпаття, який тягне за собою значні соціальні та економічні втрати. Індекс DALY є показовим для оцінки як соціальних, так і економічних втрат суспільства, а також відображає рівень якості медичної допомоги.

Аналіз даних галузевої статистичної звітності вказує на те, що за період 2005-2016 років захворюваність населення України на розлади психіки та поведінки як результат вживання психоактивних речовин скоротилася більше ніж на 35%. Найбільш несприятливу ситуацію щодо рівнів наркологічної захворюваності у 2015 р. було зареєстровано у Київській (172,5 на 100 тис.), Хмельницькій (126,4 на 100 тис.), Миколаївській (117,1 на 100 тис.), Луганській (113,6 на 100 тис.), Вінницькій (109,6 на 100 тис.) областях, де показники перевищували середні по країні (83,7 на 100 тис.) у 1,3–2,1 разу. Нижчими за

національний показник були зареєстровані рівні наркологічної захворюваності у м. Київ (27,4 на 100 тис.), Харківській (36,9 на 100 тис.), Донецькій (52,2 на 100 тис.) областях.

Проведений аналіз захворюваності населення Закарпатської області на наркоманію та токсикоманію, який вказує на зниження за період дослідження (2015–2017 рр) показника захворюваності населення області на вказаний недуг на 33,33% з рівнем в 2017 році 0,2. В 2016 році випадки захворюваності населення на наркоманії та токсикоманії зареєстровані в 7 (50,0%), в 2016 році в 8 (57,15%), а в 2017 році в 6 (43,86%) адміністративних територіях. Найвищий рівень вказаного показника зареєстровано в 2015 році в м. Ужгород – 2,1. Зареєстровано зниження показника захворюваності населення Закарпатської області на алкоголізм на 16,39% з рівнем 10,2 в 2017 році. За період дослідження найвищий рівень захворюваності населення на алкоголізм зареєстровано в Берегівському районі (21,9) в 2017 році, а найнижчий – 2,5 в Воловецькому районі в 2015 та 2016 рр. В 2017 році гранична різниця вказаного показника в розрізі адміністративних територій коливається в 3,5 рази: від 6,3 в Свалявському до 21,9 в Берегівському районі. Також зменшення за період дослідження, показника захворюваності населення області на алкогольні психози на 42,29% з його рівнем 2017 році 0,6. Аналіз статистичних даних вказує, що в Україні також скоротилася, хоча значно меншими темпами поширеність наркологічних розладів серед населення. Поширеність наркологічних захворювань у 2015 р. становила 1379,9 випадку на 100 тис. У Закарпатській області зареєстровано зниження показника поширеності алкоголізму серед населення області на 21,38% з його рівнем в 2017 році 134,9 на 10 тис. населення. Показник поширеності алкоголізму серед населення за роки дослідження зменшився в усіх адміністративних територіях. Найвищі показники поширеності алкоголізму за всі роки дослідження щорічно зареєстровані в Міжгірському районі: 2015 рік – 295,8; 2016 рік – 234,0; 2017 рік – 229,4. В 2017 році гранична різниця показника поширеності алкоголізму серед населення в розрізі адміністративних територій коливається в 2,2 рази: від 104, 4 в Хустському до 229,4 в

Міжгірському районі. В області встановлено збільшення показника поширеності алкогольних психозів на 27,28% з його рівнем в 2017 році 1,4 на 10 тис населення, що є негативним показником диспансеризації населення яке має алкогольну залежність та профілактичної роботи. Збільшення даного показника зареєстровано в 5 (35,72%) адміністративних територіях. В Печерському районі даний показник збільшився в 5,5 разу, в Берегівському – в 5 разів, в Великоберезнянському – в 3,7 разу, в Тячівському – в 3 рази. В 2017 р. гранична різниця показника поширеності алкогольних психозів в розрізі адміністративних територій відрізняється в 27,5 разів: від 0,2 в Ужгородському до 5,5 в Великоберезнянському районі.

Аналіз статистичних даних вказує на тенденцію до зменшення показників поширеності наркоманії та токсикоманії серед населення Закарпатської області. За роки дослідження наркоманії та токсикоманії не були зареєстровані в Міжгірському та Печерському районах. Гранична різниця вказаного показника в розрізі адміністративних територій відрізняється в 187 разів: від 0,1 в Іршавському районі до 18,7 в м. Ужгород. На даному етапі розвитку держави та реформування системи охорони здоров'я проблеми боротьби із вживанням населенням наркотиків мають стати однією із пріоритетних задач системи громадського здоров'я і носити комплексний між секторальний характер.

### **ВИСНОВКИ**

Результати дослідження свідчать про тенденцію до зменшення кількості смертей у Закарпатській області, пов'язаних із вживанням алкоголю. Встановлені достовірні відмінності кількості смертей у розрізі років дослідження. Найбільша кількість померлих зареєстрована у 2008 р. (1107), а найменша – у 2011 р. (552). У структурі причин смерті, пов'язаних із вживанням алкоголю, у Закарпатській області провідні місця посідають: алкогольна кардіоміопатія (34,2%), алкогольна хвороба печінки (25,2%), розлади психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю (16,5%). Серед усіх померлих унаслідок причин, пов'язаних із вживанням алкоголю, 64% становлять особи працездатного віку.

### **ЛІТЕРАТУРА**

1. Борщ К.К. Девіантні процеси серед Закарпатських сімей // Наукові праці. Соціологія. – Ужгород, 2014. – С. 89–92.
2. Європейська база даних «Здоров'я для всіх» [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.euro.who.int/hfad?language=Russian>.
3. Журавель Т. В. Використання інтерактивних методів та мультфільмів у профілактиці ризикованої поведінки : методичний посібник для спеціалістів, які працюють з бездоглядними та безпритульними дітьми і підлітками / Т. В. Журавель, Т. Л. Лях, О. М. Нікітіна. – К., 2010. – 37 с.
4. Кирик Ю. Алкоголь: Як вирватися із зачарованого кола / Ю. Кирик. – Львів: Свічадо, 2006. – 128 с.
5. Мировая статистика здравоохранения. 2012 год. – Женева: ВОЗ, 2013. – 176 с.
6. Навчальний посібник для студентів денної та заочної (дистанційної) форми навчання (дисципліна за вибором студента) / За ред. С. В. Баярка, В. С. Бондар, С. А. Карпушина та ін. – Х., 2017. – 210 с.
7. Національний звіт за 2017 рік щодо наркотичної ситуації в Україні (за даними 2016 року). Поглиблений огляд наркоситуації в Україні для Європейського моніторингового центру з наркотиків та наркотичної залежності / Укл. : Румянцева С.С., Ахмад Р.М., Бородін С.О., Гриненко І.М. д. юрид. наук, Дружиніна В.В., Заболотько В.М., Ковальова І.П., Колодежний О.В., Мазуніна Ж.І., Медвецька-Цимбаліст І.С., Нізова Н.М., д. мед. н., Оніщенко А.В., Паращевіна В.К.,



Петриченко О.О., д.мед.н., с.н.с., Пінчук І.Я., д. мед. н., с. н. с., Сандуленко Н.В., Сановська В.А., Синіцька Т.В., к.психол.н., Скала П.В., Трепьядько К.С., Ядвіжина Д.О. – Київ, 2017.

8. Encyclopaedia of Public Health: Disability Adjusted Life Years (DALYs) 2010 [Electronic resource]. – Access mode : [https://link.springer.com/referenceworkentry/10.1007/978-1-4020-5614-7\\_807](https://link.springer.com/referenceworkentry/10.1007/978-1-4020-5614-7_807). – Title from screen.

*Дата надходження рукопису до редакції:* 24.02.2020 р.

#### **ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРА**

**Леньо Діана Михайлівна** – студентка магістратури спеціальності 229 «Громадське здоров'я», факультет здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ «Ужгородський національний університет», вул. Митна, 29, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

Довганич Е.М.  
Науковий керівник: Маркович В.П.

## **Рівень санітарної освіти населення, як фактор формування відповідального ставлення до особистого здоров'я та шляхи його підвищення в системі громадського здоров'я**

**ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна**

*Проаналізовано зміст, стратегії та напрями сучасної політики в сфері санітарної освіти населення на різних рівнях. Визначено основні проблеми санітарної освіти та її вплив на формування відповідального ставлення до особистого здоров'я.*

**Ключові слова:** санітарна освіта, особисте здоров'я, ставлення, формування.

Однією з найважливіших умов проведення ефективної профілактики захворювань, збереження та зміцнення індивідуального і громадського здоров'я є обізнаність населення з чинниками, які негативно впливають на його стан.

Санітарна освіта являє собою невід'ємну складову системи охорони здоров'я, комплекс державних, громадських і медичних заходів, спрямованих на забезпечення такої обізнаності з метою підвищення рівня здоров'я населення [2, 4, 5].

Головними завданнями санітарної освіти є пропаганда здорового способу життя, профілактика шкідливих звичок, інформування про сучасні уявлення щодо причин виникнення різних захворювань, системи індивідуальних та громадських заходів з їх первинної та вторинної профілактики [6].

Обізнаність із цих та інших питань необхідна не тільки в інтересах охорони індивідуального здоров'я. Вона є важливою передумовою свідомого і відповідального ставлення всіх верств населення, керівників і працівників промислових підприємств, громадського харчування та комунального господарства, будівельників, науковців, педагогів тощо до еколого-гігієнічних проблем довкілля, дотримання вимог індивідуальної та громадської гігієни в усіх сферах життя і трудової діяльності людини.

Організація санітарної освіти ґрунтується на таких принципах: державний характер, наявність спеціальної структури організаційно-методичного керівництва і координації діяльності, плановість, комплексність, масовість, диференційованість, розумна оптимістичність, доступність, цілеспрямованість, активна участь усіх медичних працівників [7, 8].

У системі заходів санітарної освіти використовують різноманітні методи і засоби. Основними методами санітарної освіти є усний, друкований, наочний і змішаний. Вони реалізуються шляхом використання таких форм санітарної освіти, як лекції, бесіди, поради-консультації, виступи на радіо, аудіозаписи (усний метод); публікації в друкованих засобах масової інформації, науково-популярні книги, брошури, пам'ятки, бюлетені, дошки з питань і відповідей (друкований метод); експозиційні стенди, муляжі, фотографії, малюнки, плакати (наочний метод); телебачення, відеофільми, діафільми, університети та школи здоров'я, курсові заходи для

населення і хворих, виставки, театралізовані вистави (змішаний метод).

У практичній діяльності середнього та молодшого медичного працівника найвагоміше місце серед інших форм санітарної освіти займають групові бесіди й індивідуальні поради. За належної підготовки середні та молодші медичні працівники можуть виступати з лекціями, брати активну участь у всіх інших формах санітарної освіти [11, 12].

Під час проведення лекцій, бесід та виступів важливо забезпечити такі вимоги до їх якості: актуальність теми, зацікавленість до неї аудиторії, сучасний науковий рівень, повнота охоплення основних питань і розкриття теми, особиста обізнаність з питань теми, вільне володіння матеріалом, чіткий і логічно послідовний виклад, доступність сприйняття аудиторією, емоційність, використання прикладів з власного професійного або особистого досвіду, наочних посібників та художньої літератури, вміння підтримувати зворотний зв'язок з аудиторією, володіння нею, готовність до відповідей на запитання.

Тематика й форми санітарно-освітньої роботи визначаються залежно від конкретних умов і змісту професійної діяльності медичного працівника, контингенту слухачів, обізнаності й володіння матеріалами теми заняття (виступу тощо). На вибір методів і засобів санітарної освіти впливає також тип ситуації, за якої здійснюється той чи інший санітарно-освітній захід. Розрізняють такі ознаки ситуацій, які мають значення під час вибору засобів санітарної освіти: екстремальність або неекстремальність події, однорідність або неоднорідність контингенту, обізнаність (готовність, рівень) або необізнаність слухачів (учасників).

Організаційно-методичну, координаційну та оперативну роботу з гігієнічного навчання та виховання населення здійснюють обласні, міські та районні Центри здоров'я, кабінети та інспектори-методисти санітарної освіти в СЕС, територіальних медичних об'єднаннях, окремих лікувально-профілактичних закладах [15].

Базова структура Центру здоров'я передбачає наявність таких взаємопов'язаних підрозділів: організаційного відділу, методичного відділу (кабінету), лекційного бюро, бібліотеки-читальні, фонду наочних посібників, видавничої групи, кінолекторію, складу науково-популярної літератури, навчальних аудиторій тощо [3].

Центр здоров'я виконує функції планування, організаційно-методичного та консультативного керівництва діяльністю з гігієнічного навчання та виховання населення на території обслуговування, підготовки та видання (сприяння виданню) науково-популярної літератури, організації радіо- та телепередач, виставок, лекцій, курсових та інших заходів із санітарної освіти населення, координації та обміну досвідом роботи лікувально-профілактичних закладів із цих питань.

До санітарно-освітньої роботи мають залучатись усі медичні працівники. У кожному лікувально-профілактичному закладі повинен бути складений план цієї роботи, перелік лекторів та відповідальних, тем лекцій, бесід, графік їх проведення тощо (за нормативами на кожного медичного працівника виділяється для цієї роботи 4 год. на місяць) [5]. Оперативне керівництво, організацію та контроль за цією роботою як у лікувально-профілактичному закладі, так і на об'єктах (навчальні заклади, підприємства, установи, гуртожитки, клуби, ЖЕКи тощо) здійснюють інструктори-методисти лікувально-профілактичних закладів. Ця робота має проводитись Центрами здоров'я, кабінетами та окремими інструкторами-методистами із санітарної освіти із залученням засобів масової інформації в тісній взаємодії з громадськими (опікунськими та ін.) радами при лікувально-профілактичних закладах, організаціями сприяння хворим.

Серед цих організацій важливе місце посідає Товариство Червоного Хреста, що являє собою добровільну громадську організацію, яка проводить велику роботу у сфері надання допомоги потерпілим від стихійного лиха, у навчанні населення володінню практичними уміннями з надання першої медичної допомоги при травмах, отруєннях, гострих станах, організації донорства, проведення масових санітарно-оздоровчих заходів, а також патронажу над окремими хворими.

Товариство Червоного Хреста України входить до Міжна-родної організації Червоного Хреста і Червоного Півмісяця. Ця організація була створена Женевською Конвенцією, прийнятою 1864 р. На багатьох підприємствах та установах функціонують первинні організації Товариства Червоного Хреста, які створюють розгалужену мережу санітарних постів, санітарних уповноважених, патронажних медичних сестер, шкіл та керують їх діяльністю.

Гігієнічне навчання хворих у лікувально-профілактичних закладах є однією з найпоширеніших форм гігієнічного виховання населення і переслідує три основні мети. Перша визначається необхідністю знання і дотримання хворим правил особистої і громадської гігієни в умовах перебування в стаціонарі і зводиться до їх навчання відповідним вмінням і навичкам. Друга полягає у навчанні вимогам гігієни, які необхідні при конкретному захворюванні в інтересах його вторинної профілактики. Третя зумовлює науково-медичну пропаганду загальних основ здорового способу життя в повсякденних умовах побуту і трудової діяльності [13].

Хворий, який перебуває в стаціонарі, має глибоко усвідомлювати, що оптимальний гігієнічний режим (а він значною мірою залежить від рівня загальномедичних і гігієнічних знань хворих і персоналу) є складовим елементом усього лікувального процесу в стаціонарі [12].

Хворий має розуміти, що медичні призначення можуть виявитись недостатньо ефективними, якщо не будуть підкріплені сприятливими та гігієнічними умовами навколишнього середовища. Важко, наприклад, розраховувати на успішне лікування неврологічного хворого, якщо в палаті або відділенні, де він перебуває, не забезпечено запобіжних заходів щодо впливу шуму, не дотримується раціональний режим прибирання палат і коридорів. Нанівець можуть звестись серйозні оперативні втручання через ускладнення, спричинені порушеннями правил особистої гігієни, тощо [11, 12].

Видатні вітчизняні та зарубіжні вчені постійно звертали увагу на єдність терапевтичних і гігієнічних заходів і підкреслювали, що без такої єдності успішне лікування неможливе.

Спілкування медичних працівників з пацієнтами під час перебування їх у стаціонарі відкриває широкі можливості для гігієнічного навчання хворих, бо вони є єдиним за масовістю організованим контингентом населення, яке відносно легко залучається до ефективного гігієнічного навчання.

Правильно організоване гігієнічне навчання хворих у стаціонарі – це не тільки одна з умов успішного лікування хворих, запобігання ускладненням, профілактики інших захворювань, але й один із провідних шляхів підвищення санітарної культури населення в цілому.

Госпіталізованих хворих потрібно ознайомити з основними гігієнічними правилами поведінки в стаціонарі, які спрямовані на створення й дотримання оптимальних умов, що сприяють успішному лікуванню і вилікуванню як самого хворого, так і інших хворих у палаті, відділенні, і також полегшують працю медичного персоналу [10, 15].

Успіх і результативність гігієнічного навчання хворих багато в чому залежать від їх вражень, заснованих на спостереженні за всім тим оточенням і режимом, з якими вони повсякденно стикаються з моменту поступлення в стаціонар і до виписки. Само по собі перебування хворого в стаціонарі має бути школою цілеспрямованого гігієнічного виховання.

Тому особливу увагу слід приділяти і гігієнічній підготовці середнього та молодшого медичного персоналу, від щоденної діяльності якого значною мірою залежить ступінь ефективності організації санітарно-протиепідемічного режиму.

Основою для цього має бути обов'язкова система гігієнічної підготовки медичного персоналу як під час вступу на роботу, так і протягом періоду виконання професійних обов'язків [11].

Основною організаційною формою навчання тих, хто поступає на роботу, є вступний інструктаж (індивідуальний або груповий) із подальшою перевіркою рівня засвоєння знань та умінь на робочому місці у відділенні лікарні і підсумковою співбесідою. У вступному інструктажі треба освітити питання, що торкаються основних обов'язків медичного персоналу, вимог гігієни, яких потрібно дотримуватись. Відповідальність за проведення інструктажу несуть завідувачі відділень, головні (старші) медичні сестри стаціонару і відділень.

Для гігієнічного навчання хворих у стаціонарі використовують різні форми і засоби санітарної освіти: бесіди, лекції, «години» запитань і відповідей, листівки,

пам'ятки, брошури, кінофільми, інформаційно-тематичні стенди, плакати, лозунги, діапозитиви, відеомagneтофонні записи, альбоми, санітарні бюлетені тощо.

Бажано, щоб гігієнічне навчання хворих забезпечувало знайомство з комплексною системою популярних знань із питань охорони здоров'я, а не тільки з тих, які стосуються даного захворювання. Тому доцільно проводити гігієнічну підготовку хворих у спеціально створених за цикловою системою «школах здоров'я» [4, 7, 13].

Проводячи роботу з гігієнічного навчання хворих, необхід-но визначити контингент, який доцільно залучити до того чи іншого виду навчання. У кожному стаціонарі і в кожному окремому випадку це питання має вирішуватися з урахуванням характеру і ступеня важкості захворювання, тривалості перебування хворого в стаціонарі, його віку, професії, загального рівня знань, психологічних особливостей та інших чинників.

Здебільшого основний контингент хворих, які залучаються до навчання, мають складати ті, хто видужує, а також хворі, яким після основних діагностичних досліджень призначено курс лікування і загальний стан здоров'я яких не заважає брати участь у «школах здоров'я», бесідах та інших формах навчання [1].

Кожному хворому, який поступає на лікування, в прий-мальному відділенні дають «Пам'ятку хворого, який перебуває на стаціонарному лікуванні» (у разі планових надходжень за направленнями поліклініки «Пам'ятку» можна вручити і заздалегідь, у поліклініці) [16].

Для такої «Пам'ятки» можна використати, наприклад, запропонований нижче варіант.

### *Пам'ятка хворого, який перебуває в стаціонарі*

Колектив нашого лікувального закладу готовий зробити все можливе для Вашого всебічного обстеження і успішного лікування.

Для цього в лікарні є кваліфіковані лікарі, медичні сестри і санітарки, лікарня оснащена сучасними приладами і обладнанням, має необхідні ла-бораторії, лікувально-діагностичні відділення і кабінети різних допоміж-них служб [17].

Проте ефективність обстеження і лікування в багатьох випадках залежить від Вас, від інших хворих, від Вашого ставлення один до одного і дотримання вимог внутрішньолікарняного режиму.

Для того щоб Ваші обстеження і лікування були успішними, дотримуйтеся наступних вимог:

- Пам'ятайте, що поруч із Вами знаходяться інші хворі, які нерідко потребують ще суворішого режиму й догляду, ніж Ви. Будьте взаємно уважними, не порушуйте спокою Ваших сусідів.

- Дотримуйтеся правил особистої гігієни, будьте охайними, вимагайте того самого від своїх сусідів по палаті і відділенню.

- Суворо дотримуйтеся режиму дня, встановленого в стаціонарі, не створюйте шуму голосними розмовами, транзисторними приймачами, ігра-ми; слідкуйте, щоб світло від електричних ламп не порушувало спокою хворих після відходу до сну.

- Добросовісно виконуйте лікарські призначення. Якщо немає протипоказань і дозволяє самопочуття,

більше будьте у русі, на свіжому повітрі, робіть ранкову гігієнічну гімнастику, якщо це не заборонено лікарем.

- Не порушуйте режиму харчування. Додатково (чи замість) до лікарняного раціону включайте тільки продукти, що дозволені лікарем.

- З повагою ставтеся до праці обслуговуючого персоналу, допомагайте підтримувати чистоту і порядок у палаті і у відділенні. Слідкуйте за тим, щоб у палаті не рідше двох разів на день проводилося вологе прибирання, регулярно (вранці та перед денним і нічним сном) провітрюйте палату.

- Використовуйте час перебування в стаціонарі для підвищення своїх загальномедичних і гігієнічних знань про правильний режим праці, побуту і харчування. Це сприятиме зміцненню здоров'я, підвищенню працездатності, запобіганню можливим захворюванням у Вас і членів Вашої сім'ї! Якщо лікар, який Вас лікує, включив Вас до складу слухачів гуртка гігієнічних знань «Школи здоров'я», регулярно відвідуйте її заняття. Відвідування занять «Школи здоров'я» є невід'ємною складовою внутрішньолікарняного режиму, як і інші лікарські призначення.

У приймальному відділенні (вестибулях, коридорах, холах, їдальнях, у кімнатах денного перебування, на території лікарняного саду, а також в окремих кабінетах, наприклад, кліматолікування, лікувальної фізкультури, фізіотерапії) вивішують відповідні лозунги, плакати, бюлетені, влаштовують «Куточки здоров'я» та ін.

За заздалегідь складеним планом безпосередньо перед аудиторією або по радіо в стаціонарі проводять тематичні лекції і бесіди, «години» питань і відповідей на медичні теми.

До цих форм навчання залучають хворих із захворюваннями різних ступенів важкості і з різною тривалістю перебування в стаціонарі.

Для тих, хто видужує, і тих, хто перебуває на порівняно тривалому лікуванні, після проведеного обстеження організують гурткову підготовку за спеціальною програмою.

Кожний, хто виписується після лікування, отримує «Пам'ятку хворого, який виписується з лікарні».

### *Пам'ятка хворого, який виписується з лікарні*

Після ретельного обстеження і лікування Ви виписуєтеся зі стаціонару.

Колектив нашої лікарні постарався зробити все необхідне, щоб добити-ся повного вилікування або значного поліпшення Вашого здоров'я.

Проте, виписавшись з лікарні, пам'ятайте, що саме від Вас багато залежить, чи будуть результати лікування достатньо стійкими.

Тому, виписавшись з лікарні, дотримуйтеся основних гігієнічних вимог:

- Робіть ранкову гімнастику, поєднуючи її з водними процедурами.

- Щодня не менше ніж 1,5–2 год. гуляйте на свіжому повітрі.

- Протягом дня ходіть пішки не менше 8–10 тис. кроків.

- Дотримуйтеся раціонального режиму харчування – приймайте їжу не менше 3–4 рази на день,

використовуйте різноманітні тваринні й рослинні продукти, обов'язково включайте в харчовий раціон овочі та фрукти. Одноразовий прийом їжі не повинен перевищувати 40% добового раціону, а проміжок між прийманням їжі має бути не більшим як 4–5 год. Не забувайте про лікувально-профілактичне значення молока, молочних продуктів, овочів та фруктів. Слідкуйте за масою свого тіла. Пам'ятайте – зайва маса тіла небезпечна для здоров'я.

- Розумно чергуйте працю та відпочинок. Щодня, крім нічного сну, потрібно протягом 1–3 год. відпочивати, займатися спортом. Вихідні використовуйте тільки для занять, не пов'язаних з Вашою повсякденною трудовою діяльністю [7].

- Щоденний нічний сон має складати 7–8 год. Якщо немає спеціально-го дозволу лікаря, не допускайте нічної праці. Лягайте спати не пізніше 23-ї години, зробивши перед цим 20–30-хвилинну прогулянку на свіжому повітрі. Спійте у добре провітреній кімнаті, краще з відкритою кватиркою.

- Регулярно (не рідше 1 разу на 6 міс.) звертайтеся до лікаря для профі-лактичного огляду. Не займайтеся самолікуванням – це шкідливо і небезпечно. Суворо виконуйте лікарські призначення.

- Бережливо ставтеся до свого здоров'я. Обминайте шкідливі для здоров'я звички – пам'ятайте про небезпечні наслідки паління, зловживання алкогольними напоями та інших негативних звичок.

- Дотримуйтеся правил особистої гігієни, тримайте в чистоті і порядку своє житло, добре провітрюйте та регулярно проводьте в ньому вологе прибирання.

З урахуванням особливостей того чи іншого захворювання, віку, статі, професії необхідно виконувати персональні призначення лікаря, що сто-суються режиму дня, харчування, та інші рекомендації, що уточнюють та доповнюють наведені вище [7, 10].

Дотримання цих порад сприятиме збереженню Вашого здоров'я і пра-цездатності.

Допоміжною формою гігієнічного навчання є робота з родичами хворих. Для них можна читати спеціальні лекції, про-водити бесіди на тему: «Що повинна знати сім'я хворого, який виписаний із лікарні» з відображенням специфіки окремих захворювань.

Щоб ці форми гігієнічної підготовки були ефективними, необхідно дотримуватися таких умов:

- Заняття проводяться за заздалегідь складеним навчальним планом, що забезпечує послідовне викладення мінімуму основних загально-медичних і гігієнічних відомостей, знання яких необхідні хворому і членам його сім'ї в побуті і на роботі.

- До занять залучають постійний контингент слухачів, по можливості однорідний за загальноосвітнім і культурним рівнем. Кількість слухачів у кожному циклі становить 8–15 осіб.

Заняття проводять здебільшого лікарі.

Навчання має підкріплюватися всім гігієнічним режимом лікарні, поведінкою і стилем роботи медичного персоналу.

Приблизний тематичний план гігієнічного навчання хворих стаціонару, які видужують, може передбачати проведення лекцій та бесід на такі теми:

Спосіб життя і здоров'я людини. Режим праці і відпочинку. Особиста гігієна. Ранкова гігієнічна гімнастика. Фізична культура і загартовування та їх значення у підтримці та зміцненні здоров'я.

- Гігієна житла та її значення для збереження здоров'я.

- Основи раціонального харчування.

- Перша допомога у разі нещасних випадків і гострих зах-ворювань. Основні правила догляду за хворими в домашніх умовах.

- Особливості лікувально-профілактичних заходів при окремому (стосовно профілю відділення) захворюванні.

З хворими, які не охоплені гігієнічною підготовкою у гуртках типу «Школи здоров'я», проводяться групові й індивідуальні бесіди. Доцільно при цьому використовувати ту саму тематику санітарно-освітньої роботи, що й під час гурткового навчання [14].

Кожний хворий, який знаходиться на лікуванні в стаціонарі, має отримати відомості про режим праці, відпочинку, харчування та інші заходи щодо профілактики загострень та рецидивів захворювання, на яке він страждає.

До плану санітарно-освітньої роботи в стаціонарах треба також включати питання, які пов'язані з профілактикою найбільш поширених інфекційних та неінфекційних захворювань: «Профілактика кишкових інфекцій», «Профілактика правцю», «Для чого необхідно з'являтися на профілактичні медичні огляди», «Профілактика раку» та ін.

Доцільно широко використовувати для передачі по радіо записи бесід відомих у місті (районі) спеціалістів, виступи хворих, які видужують, проводити уроки ранкової та лікувальної гімнастики, трансляцію вечорів запитань і відповідей тощо.

Суттєвою перевагою радіобесід та інших видів санітар-ної пропаганди подібного змісту є їх масовість, можливість залучення важкохворих, прослуховування безпосередньо в палаті [7, 11].

Таким чином, тематика санітарно-освітньої роботи в стаціонарах має плануватися і проводитися за такими напрямками:

- Загальногігієнічні питання як передумова організації здорового способу життя.

- Режим та інші лікувально-профілактичні заходи відповідно до захворювання пацієнта.

- Питання, що пов'язані з екологічними особливостями і структурою захворюваності у конкретній місцевості.

Отже, надаючи великого значення гігієнічному вихованню хворих і ставлячи до них певні вимоги, необхідно пам'ятати, що таке навчання буде успішним тільки в тому разі, якщо вся обстановка, режим і поведінка персоналу лікувально-профілактичного закладу служитимуть для хворого прикладом.

**ЛІТЕРАТУРА**

1. Агаев Э.Р., Саркисянц Э.Э. Гигиена с основами организации здравоохранения. – М.: Медицина, 1970. – 264 с.
2. Алексеев С.В., Усенко В.Р. Гигиена труда. – М.: Медицина, 1988. – 576 с.
3. Аркаев В.А., Лавров И. А. Основы военной гигиены / В кн.: Военно-медицинская подготовка / Под ред. Д. Д. Кувшинского. – М.: Медицина, 1978. – 361 с.
4. Артамонова В.Г., Шаталов Н. Н. Профессиональные болезни. – М.: Медицина, 1982. – 416 с.
5. Баранник П. І., Габович Р. Д., Калюжний Д. М. Гігієна. – К.: Держмедвидав України, 1963. – 382 с.
6. Баранник П. І. Курс лекцій із загальної гігієни. – К.: Держмедвидав України, 1961.– 243 с.
7. Барановский Л. В., Юрьева К. А. Санитарное просвещение в деятельности больниц и поликлиник для взрослых: Метод, рекомендации.– М., 1981. – 48 с.
8. Бардов В. Г. Гигиена климата. – К., 1990. – 135 с.
9. Белицкая Е. Я. Проблемы социальной гигиены. – М.-Л.: Медицина, 1970. – 395 с.
10. Большаков А. М., Новикова И. М. Общая гигиена. – М.: Медицина, 1985. – 320 с.
11. Буштуева К. А., Случанко И. С. Методы и критерии оценки состояния здоровья в связи с загрязнением окружающей среды. – М.: Медицина, 1979. – 160 с.
12. Ванханен В. Д., Суханова Г. А. Гигиена. – К.: Вища шк, 1986. – 351 с.
13. Габович Р. Д., Познанский С. С, Шахбазян Г. Х. Гигиена. – К.: Вища шк., 1983. – 318 с.
14. Гігієна праці / За ред. А. М. Шевченка. – К.: Вища шк., 1993. – 583 с.
15. Гигиена детей и подростков / Под ред. В. Н. Кардашенко. – М.: Медицина, 1988. – 512 с.
16. Гігієна дітей та підлітків. Навчальний посібник / За ред. В. І. Берзіня. – К.: Здоров'я, 1998. – 80 с.
17. Даврова И. Г., Майстрах К. В. Социальная гигиена и организация здравоохранения. – М.: Медицина, 1982. – 264 с.
18. Даценко І. І., Габович Р. Д. Основи загальної і тропічної гігієни. – К.: Здоров'я, 1995. – 424 с.
19. Даценко І. І, Габович Р. Д. Профілактична медицина. Загальна гігієна з основами екології. – К.: Здоров'я. – 1999. – 694 с.
20. Закон України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благопо-луччя населення» (24 лютого 1994 р., № 4005-XII).

*Дата надходження рукопису до редакції:* 24.02.2020 р.

**ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРА**

**Довганич Євген Михайлович** – студент магістратури спеціальності 229 «Громадське здоров'я», факультет здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ «Ужгородський національний університет», вул. Митна, 29, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

Лизанець М.В.  
Науковий керівник: Потокій Н.Й.

## **Закарпаття як ендемічна зона з йододефіциту, його вплив на стан здоров'я населення та шляхи подолання в системі громадського здоров'я в сучасних умовах**

**ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна**

*Проаналізовано наявні статистичні дані стосовно йододефіциту на Закарпатті, визначено його вплив на стан здоров'я населення області, а також розкрито шляхи подолання даної проблеми в системі громадського здоров'я.*

**Ключові слова:** йод, йододефіцит, йододефіцитні захворювання.

Глобальною проблемою всього людства, яку, звичайно ж, не можна ігнорувати, є йододефіцит. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), патологічні стани, пов'язані з дефіцитом йоду, посідають третє місце у списку 38 найбільш поширених неінфекційних захворювань людини. Як вважають фахівці ВООЗ, третина населення Землі відноситься до так званої "групи ризику" та є потенційним об'єктом для розвитку йододефіцитних захворювань (ЙДЗ) [22].

Сьогодні у регіонах із нестачею йоду проживає щонайменше півтора мільярда людей, дві третини з них мають клінічні прояви йододефіциту – 750 млн страждають на зоб, 6 млн мають крайній ступінь йодної недостатності. Вважається, що такі хвороби характерні для бідних країн, так званого „третього світу“, проте йодний дефіцит має місце і в розвинених індустріальних державах. Це зумовлено значною залежністю вмісту цього мікроелемента в продуктах харчування від геохімічних особливостей місцевості, адже основна кількість йоду в природі міститься у морській воді.

Проблема йодозалежних захворювань охоплює багато країн світу, майже 30% населення земної кулі проживає на територіях з дефіцитом йоду у воді і продуктах харчування. Отже, йододефіцит – актуальна проблема і для України [28].

Особливо важливою дана проблема є ще й тому, що в нашій державі, до нестачі йоду у воді і продуктах харчування, приєднались негативні наслідки аварії на Чорнобильській АЕС, що призвело до значної кількості випадків зобу у людей, які проживають на постраждалих внаслідок аварії територіях. За офіційними даними, некомпенсований дефіцит йоду у жителів України, що існував 25 років тому, вдесятеро збільшив негативний ефект від катастрофи на Чорнобильській АЕС [18, 29].

За результатами дослідження, яке було проведено науковцями Інституту ендокринології та обміну речовин ім. В. П. Комісаренко Національної академії медичних наук за підтримки ВООЗ, показали, що йододефіцит різного ступеня тяжкості притаманний всій території України. Для більшості областей характерний йододефіцит легкого ступеня, середнього – для північних, деяких центральних і південних місцевостей, і важкого ступеня – для західних областей України [23, 28].

Нині в Україні налічується близько 80 регіонів із дефіцитом йоду, і Українські Карпати також належать до

територій з йодною недостатністю. При цьому Закарпатська область лідирує в країні за поширеністю захворювань щитоподібної залози, перевищуючи відповідні показники по державі у декілька разів.

Це зумовлено тим, що наша область, особливо її гірські та передгірні території, належать до регіонів із дефіцитом йоду в навколишньому середовищі. У низинних районах вміст йоду в навколишньому середовищі дещо вищий, але все ж нижчий, ніж у інших регіонах країни з достатнім йодним забезпеченням. Як наслідок, фактичне споживання йоду населенням гірських районів становить в середньому 42%, а низинних районів – 61% на добу від необхідної його кількості.

Йод – надзвичайно важливий компонент для нашого організму. В міжнародній організації ЮНІСЕФ навіть заявили, що дефіцит йоду призводить до зниження IQ на 15-20%. До прикладу, японці споживають до тисячі мікрограм йоду щоденно. Це нація, яка має найдовшу тривалість життя, найменших показник онкохворих і високий показник середнього рівня IQ серед населення [13, 14].

До слова, в розвинених країнах виробників харчової солі на законодавчому рівні змушують забезпечувати потрібний рівень йоду для потреб організму людини. Але, на жаль, йододефіцит спостерігається по всій Україні, а Закарпаття очолює цей сумний рейтинг. Ендокринологи відзначають у населення серйозні проблеми пов'язані з порушенням роботи щитоподібної залози.

В цілому, як для всієї Закарпатської області, так і для окремих її районів, що розташовані в різних клімато-географічних зонах, характерна висока поширеність та захворюваність на зоб, що значно переважає відповідні показники по Україні. Навіть офіційні показники частоти випадків зоба серед дитячого і всього населення різних районів Закарпатської області свідчать про ендемію зоба в області, спричинену дефіцитом йоду [25].

Йод є важливим мікроелементом, який потрібний організму для створення гормонів щитоподібної залози, яка регулює наш метаболізм. Йод необхідний людині протягом усього життя. Нестача йоду в організмі призводить до затримки росту у дітей, порушення інтелектуальної активності, розвитку та обміну речовин.

Як ми вже стверджували раніше, Україна входить до переліку країн із недостатнім споживанням йоду, а Закарпатська область зокрема є ендемічною зоною з

йододефіциту, тому важливо звернути увагу на наслідки нестачі йоду в організмі:

- відчуття постійної втоми, слабкість, депресія;
- збільшення щитовидної залози (зоб);
- затримка росту у дітей;
- затримка інтелектуального розвитку у дітей;
- зниження розумової активності у дорослих;
- порушення обмінних процесів;
- загроза переривання вагітності (навіть незначний

дефіцит йоду у жінок під час вагітності спричиняє освітні та когнітивні порушення у дітей в майбутньому);

- неонатальний гіпотиреоз;
- рак щитовидної залози;
- погіршення пам'яті, слуху;
- підвищення холестерину;
- сухість шкіри, втрата її еластичності;
- порушення роботи кишківника;
- відчуття холоду;
- різке зниження чи підвищення маси тіла;
- набряки;
- випадіння волосся тощо [21].

Через недостатній вміст йоду в ґрунтах регіонів України, віддалених від моря, гористих місцевостях, у низці прибережних регіонів тощо, мільйони українців щодня відчувають наслідки йододефіциту.

Найбіднішими ж на йод є гірські території Закарпаття. Притаманні горнякам харчі – молоко, яйця, м'ясо, зернові, овочі – йоду практично не містять, а багаті на цей елемент морська (саме морська, а не місцева річкова) риба та морепродукти (особливо морські водорості та риб'ячий жир) більшістю недоступні або ж є нетрадиційними і незатребуваними продуктами. У низинних районах вміст йоду в навколишньому середовищі дещо вищий, але все ж нижчий, ніж у інших регіонах країни з достатнім йодним забезпеченням. Як наслідок, фактичне споживання йоду населенням гірських районів становить в середньому 42%, а низинних районів – 61% на добу від необхідної його кількості [25].

Зміни, які виникають в організмі людини в результаті дефіциту йоду, прийнято називати йододефіцитними захворюваннями. Найвідомішими з них є зоб (збільшення щитовидної залози) і ендемічний кретинізм (уроджена розумова недостатність). Однак це лише верхівка айсберга.

У регіонах, де продукти харчування й вода бідні на йод, частіше зустрічаються безплідні подружні пари, жінкам складніше виносити дитину, діти відстають у розумовому й фізичному розвитку, порушується статевий розвиток хлопчиків і дівчаток. Захворювання, пов'язані з дефіцитом йоду, розвиваються поступово, тривалий час, залишаючись непоміченими. Недарма йодний дефіцит називають прихованим голодом. Тому навіть якщо в даний момент у людини немає клінічних проявів йододефіцитних захворювань, але вона мешкає в йододефіцитному регіоні, необхідна профілактика – щоб уникнути негативних наслідків у майбутньому. Хочу наголосити, що дефіцит йоду особливо небезпечний для вагітних жінок, жінок дітородного віку, дітей і підлітків.

Слід зазначити також, що через фізіологічні особливості захворювання щитоподібної залози у жінок зустрічаються майже в десять разів частіше, ніж у чоловіків. А відтак, проблема має додаткові негативні

наслідки, адже від стану щитоподібної залози майбутньої матері, особливо на ранніх етапах вагітності, залежить успішність виношування дитини та її майбутнє здоров'я – саме в цей період материнські гормони відповідають за закладку та формування органів і тканин плоду.

До щитоподібної залози під час вагітності організм висуває підвищені вимоги. Недостатнє надходження йоду за таких умов негативно впливає на перебіг вагітності і сприяє підвищенню частоти спонтанних абортів, передчасних пологів, мертвонародження, акушерських ускладнень та порушень внутрішньоутробного розвитку плоду [26].

Залежно від віку добова потреба в йоді складає від 90 до 300 мкг (1 мкг = 1 мільйонна частина грама,  $10^{-6}$  г). Для жінок добова норма йоду становить 150–300 мкг, а для чоловіків – до 300 мкг.

Норми споживання йоду для дітей:

- 0–6 років – 90 мкг;
- 6–12 років – 120 мкг.

Більшість мешканців України щодня споживає лише 40–80 мкг йоду на добу. У зоні найбільшого ризику – Західна Україна та зокрема Закарпатська область, де споживання йоду найменше. Створити надлишок йоду в організмі досить складно, оскільки 95–98% йоду, що надходить в організм, виводиться із сечею, а 2–5% – через кишківник. Експерти ВООЗ вважають безпечною дозу йоду в 1 000 мкг (1 мг) на добу.

У деяких країнах, наприклад у Японії, добове споживання йоду може досягати 20 мг на добу (20 000 мкг) через уживання морських водоростей та морепродуктів. В Австралії безпечним вважають споживання до 2 000 мкг йоду на добу для дорослих і до 1 000 мкг – для дітей. За все життя людина споживає близько 3–5 г йоду – приблизно одну чайну ложку.

Найдоступніший шлях до відновлення „йодового балансу" – це вживання йодованої солі, і нині в такому вигляді споживає цей харчовий продукт майже 80% населення планети. 140 країн світу прийняли на законодавчому рівні рішення щодо загального йодування солі, 34 держави повністю подолали наслідки йодного дефіциту, ще 28 наближаються до цього показника. Дуже прикро, але Україна потрапила до числа п'яти країн із найнижчим рівнем вирішення цієї проблеми (поряд із Пакистаном, Гамбією, Гвінеєю-Бісау та Гаїті). За даними ЮНІСЕФ, лише 18% українців використовують із профілактичною метою йодовану сіль! Це найгірший показник в Європі. І пов'язано це з тим, що законодавча база для проведення масової йодної профілактики в Україні відсутня [22, 23].

Україна є однією з небагатьох країн, які не мають закону про обов'язкове йодування солі. Як свідчить досвід більше 140 країн світу, де така норма прописана в законодавстві, універсальне йодування харчової солі (USI) є найефективнішим і найдешевшим способом подолання йододефіциту. За даними Глобальної йодної мережі (IGN), 140 із 197 країн світу вже ухвалили законодавчі зміни для йодування принаймні харчової солі або солі для харчової промисловості [27].

Центр громадського здоров'я МОЗ України ініціює громадське обговорення з метою впровадження законодавчих змін щодо обов'язкового універсального йодування солі. Фахівці ЦГЗ разом із представниками



науково-дослідницької спільноти, промисловим та громадським сектором розраховують, що Україна також долучиться до світової практики обов'язкового йодування солі, а законодавчі зміни допоможуть захистити українців від наслідків йододефіциту.

За результатами проведеного на Закарпатті опитування, близько 12% жінок, які проживають у гірській місцевості, взагалі не обізнані з існуванням йодного дефіциту в області. І лише від 14 до 37% домогосподарств використовують виключно йодовану сіль, що значно менше від рекомендованої кількості [25].

У сільській місцевості користуються тим, що є, так би мовити, під руками. Контроль на рівні роздрібно́ї торгівлі виявив, що 81–87% магазинів усіх регіонів мають для реалізації йодовану сіль, що, звісно, є позитивним результатом. Однак у селах є в наявності переважно одне її найменування. Якщо у містах серед усіх зразків солі у продажу є 50–60% йодованої, то у сільській місцевості такої лише 33%.

Для профілактики йододефіциту достатньою регулярно споживати продукти, збагачені йодом. Перше місце серед них посідає йодована сіль, до складу якої входить йодистий калій. Щоб запобігти йододефіциту, досить щодня вживати разом із їжею 5–6 г такої солі. Але йод легко випаровується, тому йодована сіль вимагає уважного використання. По-перше, термін придатності такої солі звичайно не перевищує трьох місяців і в простроченому продукті йоду вже немає. По-друге, йодована сіль повинна бути запакована в непрозорий поліетиленовий пакет або фольгу й зберігати її треба в щільно закритій посудині. По-третє, солити їжу потрібно після її приготування, тому що при високій температурі йод швидко випаровується.

Також, щоб уникнути йододефіциту, до щоденного раціону слід включити такі продукти:

- морепродукти (мідії, кальмари, креветки, ікру);
- білу рибу (минтай, хек, тріску та ін.);
- морську капусту (ламінарію);
- овочі (картоплю, редиску, часник, буряк, томати, баклажани, спаржу, зелену цибулю, щавель, шпинат);
- фрукти (банани, апельсини, лимони, дині, ананаси, хурму, фейхоа);

- яйця;
- молоко;
- яловичину;
- волоські горіхи.

Традиційні для закарпатського столу овочі, м'ясо, молоко, кефір, сири – це чудово (якщо продукти якісні), але в подоланні йодного дефіциту вони нічим не допоможуть, адже потрібного елемента практично не містять. Як не містить його й риба з місцевих ставків та річок.

Ніхто не закликає відмовитись від традиційної їжі, але урізноманітнити свій раціон морською рибою, морською капустою, водоростями необхідно. Особливо корисні останні, адже практика показала: у населення, що проживає на територіях із йодною недостатністю в довкіллі, нестача йоду поєднується з дефіцитом інших мікроелементів – селену, марганцю, міді, цинку та заліза, які також важливі для нормального функціонування щитоподібної залози. Морські водорості, які містять ці та інші потрібні організму елементи, стають ефективним засобом подолання їхнього дефіциту.

Отже, йододефіцит – велика проблема людства, зокрема і України. Дефіцит йоду погіршує якість життя мільйонів людей. Порушення, що виникають на цьому тлі, стосуються всіх верств населення: від зародження дитини в утробі матері до похилого віку, охоплюючи цілий ряд станів, зумовлених дефіцитом йоду.

Окрім зоба, це – гіпотиреоз, безпліддя, викидні, мертвонароджуваність, вроджені вади розвитку, глухонімота, косокість, кретинізм, затримка фізичного розвитку, порушення психічних функцій у дітей та дорослих, підвищена чутливість до радіоактивного опромінення.

Найефективнішим шляхом подолання йододефіциту в системі громадського здоров'я є його профілактика, яка набагато ефективніша, ніж лікування його наслідків. Одними з найбільш простих і дешевих в усуненні порушень, пов'язаних із нестачею споживаних речовин є продукти, які збагачені цим елементом. Також, не менш важливу роль в подоланні даної проблеми саме на Закарпатті відіграє обізнаність населення з існуванням дефіциту йоду в області, яка повинна забезпечуватись на всіх можливих рівнях.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Bernal J. Thyroid hormones and brain development. // *Vitam. Horm.* – 2005. – P. 95–122.
2. Bernal J., Pekonen F. Ontogenesis of the nuclear 3,5,3'-triiodothyronine receptor in the 465 human fetal brain // *Endocrinology.* – 1984. – P. 677–679.
3. DeGroot L. J. Kinetic analysis of iodine metabolism // *J. Clin. Endocrinol. Metab.* – 1966. – Vol. 26. – P. 149–173.
4. Fisher D. A., Oddie T. H. Thyroid iodine content and turnover in euthyroid: Validity of estimation of thyroid iodine accumulation from short-term cleara dies // *J. Clin. Endocrinol. Metab.* – 1969. – Vol. 29. – P. 721–727.
5. Gibson R. S. Principles of Nutritional Assessment. 2nd. Oxford University Press; Oxford, UK: – 2005. – 908 p.
6. Hetzel B. S., Maberly G. F. Iodine / In: Trace Elements in Human and Animal Nutrition. Mertz W. (ed.). Acad. Press, N.Y., – 1987. – Vol. 2. – P. 139–208.
7. Manzano J., Bernal J., Morte B. Influence of thyroid hormones on maturation of rat cerebellar astrocytes. // *Int. J. Dev. Neurosci.* – 2007. – P.171–179.
8. McLanahan E. D., Andersen M., Fisher J. A biologically based dose-response mode! for dietary iodide and the hypothalamic-pituitary-thyroid axis in the adult rat: evaluation of iodide deficiency // *Toxicol. Sci.* – 2008. – Vol. 102, N 2. – P. 241–253.
9. McLanahan E. D., Campbell J. L., Ferguson D. C. Low-dose effects of ammonium perchlorate on the hypothalamic-pituitary-thyroid (HPT) axis of adult male rats pretreated with PCB126 // *Toxicol. Sci.* – 2007. – Vol. 97. – P. 308–317.

10. Obregon M. J., Escobar del Rey F., Morreale de Escobar G. The effects of iodine deficiency on thyroid hormone deiodination // *Thyroid*. – 2005. – P. 917–929.
11. Barakat R. M., Ingbar S. H. The effect of acute iodide depletion on thyroid function in man // *J. Clin. Invest.* – 1965, – P. 1117–1124.
12. Oppenheimer J. H., Schwartz H. L., Mariash C. N. Advances in our understanding of thyroid hormone action at the cellular level. // *Endocr. Rev.* – 1987 – P. 288–308.
13. Pedraza P. E., Obregon M. J., Escobar-Morreale H. F. Mechanisms of adaptation to iodine deficiency in rats: Thyroid status is tissue specific. Its relevance for man. // *Endocrinology*. – 2006. – P. 2098–2108.
14. WHO, UNICEF, and ICCIDD. Assessment of the Iodine Deficiency Disorders and monitoring their elimination. – Geneva: WHO, WHO/Euro/NUT, 2001. – P. 1–107.
15. WHO, UNICEF, and ICCIDD. Assessment of the Iodine Deficiency Disorders and monitoring their elimination. Third edition. – Geneva: WHO, WHO/Euro/NUT, 2007. – P. 1–98.
16. World Summit for Children – Mid Decade Goal: Iodine Deficiency Disorders. UNICEF– WHO Joint Committee on Health Policy. Geneva, United Nations Children’s Fund, World Health Organization, – 1994 (JCHPSS/94/2.7).
17. Zimmermann M. B. Iodine Deficiency / M.B. Zimmermann // *Endocrine Reviews*. – 2009. – Vol. 30 (4). – P. 376–408.
18. Zimmermann M. B. Iodine-deficiency disorders / M.B. Zimmermann, P.L. Jooste, C.S. Pandav // *Lancet*. – 2008. – Vol. 372 (9645). – P. 1251–1262.
19. Богданова Т. А., Журнаджи Л. Ю., Томас Д. Рак щитовидної залози в Україні після Чорнобильської катастрофи // *Світ медицини та біології*. – 2008. – № 2. – С. 17–19.
20. Кравченко В. І. Йододефіцит триває – здоров’я населення України погіршується // *Міжнарод. ендокринолог. журн.* – 2008. – Т. 6, № 18 // Електронний ресурс. Режим доступу: <http://endocrinology.mif-ua.com/archive/issue-7739/article-7743/print.html>.
21. Кравченко В. І. Основні етапи дослідження йодної недостатності та динаміка її ліквідації в Україні // *Міжнародний ендокринолог. журнал*. – 2006. – № 1(3) // Електронний ресурс. Режим доступу: <http://www.mif-ua.com/archive/article/2198>
22. Кравченко В. І., Литовченко Ю. С., Чорнобров А. Д. Стан щитовидної залози у населення західних областей України за даними масових обстежень // *Ендокринологія*. – 1992. – Вип. 2. – С. 52–55.
23. Мамченко М. Є. Йодний дефіцит та йододефіцитні захворювання // *Перинатологія і педіатрія*. – 2013. – № 1(53). – С. 97–105.
24. Мамченко М. Є. Йододефіцитні захворювання в дітей на сході України: сучасний стан проблеми та шляхи вирішення / *В Міжнародний ендокринолог. журнал*. – 2008. – № 3 (15) Режим доступу: <http://www.mif-ua.com/archive/article/6047>.
25. Маслянюк В. А., Руснак О. К., Кроха Н. В. Епідеміологічні аспекти патології щитоподібної залози в Чернівецькій області // *Міжнародний ендокринолог. журнал*. – 2006. – № 1(3) Режим доступу: <http://www.mif-ua.com/archive/article/2195>
26. Миронюк Н. І. Проблема йодного дефіциту та його подолання у населення Західного регіону України: автореф. дис. канд. мед. Наук // Київ, 2008. – 24 с.
27. Паньків В. І. Йодний дефіцит і вагітність: стан проблеми та засоби профілактики // *Здоров’я України*. – 2008. – № 8/1. – С. 10–12.
28. Пірогова В. Г., Фабрі З. І., Фера О. В. Роль багатокomпонентних факторів у поширенні захворювань щитоподібної залози в Закарпатті та розробка заходів їх раннього виявлення // *Міжнар. ендокринолог. журнал*. – 2008. – №3 (15). – С. 42–47.
29. Романенко А. Е., Лихтарев І. А., Шандала П. К. Гигиеническая оценка доз облучения щитовидной железы жителей УССР после аварии на ЧАЭС // *Вестник АМН СССР*. – 1991. – № 8. – С. 44–47.
30. Тронько М. Д., Кравченко В. І., Бертоліні Р. Частота зобу та йодної недостатності у дітей і підлітків з радіаційно забруднених районів Житомирської області // *Ендокринологія*. – 2002. – Т. 7, № 2. – С. 154–161.
31. Фабрі З. І., Росток Л. М. Оцінка йодної недостатності у різних біогеохімічних регіонах Закарпаття // *Науковий вісник Ужгородського університету (серія: Медицина)*. – 2001. – Вип. 16. – С. 153–156.
32. Чорнобров А. Д. Динаміка захворюваності населення України на тиреоїдну патологію у 2000-2009 роках // *Ендокринологія*. – 2010. – т. 15, № 2. – С. 350–351.

*Дата надходження рукопису до редакції: 24.02.2020 р.*

### **ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРА**

**Лизанець Михайло Васильович** – студент магістратури спеціальності 229 «Громадське здоров’я», факультет здоров’я та фізичного виховання ДВНЗ «Ужгородський національний університет», вул. Митна, 29, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

*Дидяк М.М.**Науковий керівник: Маркович В.П.*

## **Поширення туберкульозу в Закарпатській області**

**ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна***Представлено аналіз епідеміології туберкульозу в Закарпатській області.***Ключові слова:** туберкулоз, епідеміологія, Закарпатська область.

### **ВСТУП**

Я живу в чудовому регіоні України, який славиться цвітінням сакур, магнолій, нарцисів. Чудовий край, з глибокою історією. Але нажаль, на сьогоднішній день ми не можемо не думати про глобальні проблеми різних інфекцій, які загрожують людству. За визначенням провідних вчених, одне із головних проблем – туберкульоз.

Початок минулого десятиріччя характеризувався погіршення епідемічної ситуації з туберкульозом. Це соціально-небезпечна хвороба стала проблемою багатьох країн світу і найбільш торкнулась країн Східної Європи. Епідемічна ситуація стосовно туберкульозу в Україні почала погіршуватися з 1992 року. Захворюваність зросла за 11 років в два рази і досягла рівня 84,1 на 100 тис. населення, а смертність збільшилась в 1,8 рази і становить, відповідно 25,3 осіб на 100 тисяч.

Невтішна картина стосовно туберкульозу у нас, на Закарпатті, де проживає велика кількість ромів, які більшість хворіють туберкульозом, за допомогою до лікарів не звертаються і в ранньому віці помирають.

**Мета** – визначення епідемічного стану туберкульозу в Закарпатській області та регіональні особливості його розвитку.

Туберкульоз – інфекційне захворювання, що спричиняється мікобактеріями туберкульозу (паличкою Коха). На туберкульоз незалежно від статі, віку, національної приналежності чи соціального становища.

Туберкульоз – хвороба відома людству ще з давніх давен. На єгипетських муміях часто знаходять ознаки перенесеної хвороби. Відомості про нього зберігалися й в індійських ведах, на стародавніх глиняних вавилонських таблицях, у грецьких рукописах. Уже Гіппократ добре знав туберкульоз, як небезпечне захворювання легень.

Потрібно знати, що найнебезпечнішим для інших людей є хворі з прогресивним перебігом захворюванням хронічного легеневого процесу з кавернами виділенням значної кількості мікро бактерій туберкульозу з найдрібнішими бризками мокротиння і слини під час кашлю, чхання і навіть під час розмови. Хворі з так званими закритими формами туберкульозу є менш небезпечними щодо зараження інших людей, хоча під час загострення захворювання вони можуть виділяти мікобактерії. Туберкульозом можна заразитися через речі або предмети, забрудненні мокротинням, слиною що містять мікобактерії туберкульозу. У висохлому мокротинні вони хоч і не розмножуються, але іноді зберігаються протягом 8–9 міс. Частинки висохлого мокротиння під час підмітання

легко підіймаються вгору і разом з вдихуваним повітрям можуть потрапити в дихальні шляхи людини. Вуличний пил і пил в помешканні приблизно 3 міс. несе в собі небезпеку захворювання. Приблизно стільки ж мікобактерії туберкульозу можуть залишатися живими на сторінках книг (коли хвора людина їх гортає, змащуючи пальці слиною). У вологому мокротинні вони зберігають патогенність до 6 міс, а у вологому затемненому середовищі залишаються життєздатними 7-10 років. Добре виживають при охолодженні. За температури -23°C мікобактерії туберкульозу зберігають життєздатність упродовж 7 років. У воді мікобактерії туберкульозу зберігаються протягом 150 днів, у молоці і молочних продуктах – 8-10 міс., у ґрунті – 1-2 міс., у фекаліях і на пасовищах – понад 1 рік.

Джерелом зараження іноді стає хвора на туберкульоз худоба, здебільшого корова. Зараження може настати після споживання сирого молока, молочних продуктів, а також м'яса, яке не пройшло термічного оброблення.

Туберкульозом можна заразитися контактним шляхом, доглядаючи хвору тварину, або аліментарним шляхом у разі вживання продуктів від тварин, хворих на туберкульоз. Особливо це стосується споживання інфікованих м'яса, молока, сметани, масла, сиру, кисломолочних продуктів, тобто таких, які за технологією виробництва термічно не обробляються або обробляються недостатньо. У такому разі мікобактерії через стінку кишок можуть потрапити в лімфатичні вузли та спричинити туберкульозний бронхаденіт. У разі недостатності імунної системи є ймовірність потраплення мікобактерій у легені, а потім з течією крові – у будь-який орган.

Інфекція може потрапити і через плаценту, якщо у матері наявна генералізована форма захворювання.

Заразитися можна де завгодно – у крамниці, в громадському транспорті, у гостях, під час поцілунку, докурювання чужої сигарети або через книгу.

2. Слово “туберкульоз” порівняно нове. Раніше цю хворобу називали сухотами.

Німецькому вченому-бактеріологові Роберту Коху в 1882 році вдалося відкрити збудника туберкульозу-мікроб, який під мікроскопом має вигляд короткої, злегка зігнутої палички завдовжки 2-5 мікронів і завширшки 0,2-0,5 мікронів.

Раніше відкритий Кохом мікроб називали туберкульозною паличкою або бацилою Коха. В сучасній медицині називають – мікобактеріями туберкульозу.

3. Інформацію про кількість щеплень вакцин проти туберкульозу в Закарпатській області отримували із звітів із районів, які потім звірялись в облсанепідемстанції.

Рівень та частота захворюваності встановлювались на підставі обліково-статистичних форм, а також екстрених повідомлень. Всебічно вивчено умови виявлення та діагностики захворювань дітей, яких взято на облік упродовж 2014-2018 років з приводу різних форм активного локального туберкульозу. Після стаціонарного лікування підтримуюча фаза терапії проведена в санаторних умовах.

Окрім того, проаналізовано результати лікувально-діагностичної роботи за останні п'ять років з метою визначення впливу реабілітаційного етапу на епідеміологічну ситуацію з туберкульозу серед дітей Закарпаття. Опрацьована база даних дітей віком від 4 до 14 років (таблиця 1).

Лікування дітей із вперше виявленими активними формами внутрішньо-локального туберкульозу органів дихання проводили в стаціонарних умовах у відповідності з вимогами стандартизованих схем ВООЗ. При необхідності комбінована хіміотерапія поєднувалась з призначенням десенсибілізуючих препаратів, гепатопротекторів, імуномодуляторів, вітамінів, аерозолу та загальнозміцнюючих засобів. На санаторному етапі лікування продовжено підтримуючу фазу контрольованої антимікобактеріальної терапії.

При інфікованості туберкульозом, туберкуліновій гіперергії та у дітей із сімейних контактів призначались хіміопротектори та вітаміни. Обсяг реабілітаційних заходів був значно ширшим у інфікованих туберкульозом дітей з наявною водночас патологією дихальних шляхів. У них застосувались, окрім іншого, загартовувачі процедури, масаж, дихальна гімнастика, дозоване навантаження на велосипеді, теренкур, аеротерапія. При необхідності лікування доповнювалось електрофорезом спец препаратів, аерозолями бронхолітиків, ультразвуком, кварцом. Середній строк стаціонарного лікування для дітей, що належали до 1-ої диспансерної категорії складав  $124 \pm 10$  днів, а до 3-ої – відповідно  $96 \pm 8$  днів. Терміни лікування дітей з груп ризику під час на санаторного етапу визначались лікарською комісією індивідуально, але в середньому дорівнювали  $90 \pm 7$  днів.

Слід зауважити, що показник захворюваності дітей на туберкульоз в Закарпатті майже вдвічі нижчий від середньостатистичного показника в Україні [1]. Ми вважаємо це є наслідком цілеспрямованої профілактичної роботи серед дітей груп ризику. Водночас ми поділяємо думку тих дослідників [2–5], які доводять, що туберкульоз у дітей засвідчує про порівняно недавні зараження збудником, а звідси – вказує на недостатню ефективність системи охорони здоров'я з контролю епідемії туберкульозу.

4. Охоплення населення в Закарпатській області профілактичними рентгенофлюорографічними оглядами на виявлення туберкульозу в регіонах області від 2014-2018 року. Всі дані по профілактичним та рентгенофлюорографічним оглядам показано в таблиці 2.

5. Вакцинацію БЦЖ немовлят проводять на 4-5-й день життя (таблиця 3). Протипоказання до їх вакцинації: гнійно-септичні захворювання, внутрішньоутробна

інфекція, генералізовані шкірні ураження, гемолітична хвороба новонароджених, гострі захворювання, тяжкі пологові травми з неврологічною симптоматикою, генералізована інфекція БЦЖ, виявлена в інших дітей у сім'ї; недоношеність при масі тіла менше 2000 г.

У зв'язку із збільшенням кількості новонароджених дітей, у яких наявні медичні протипоказання до вакцинації, розроблена і рекомендована до застосування вакцина БЦЖ-М із зменшеним вдвічі антигенним навантаженням. Одна ампула містить 0,5 мг вакцини БЦЖ-М, що становить 20 доз, кожна по 0,025 мг препарату.

У вакцинованих при народженні дітей імунітет зберігається протягом 5-7 років. Після закінчення цього терміну виникає необхідність ревакцинації.

Ревакцинацію БЦЖ проводять у 7 і 14 років за наявності негативної реакції Манту з 2 ТО ППД-Л.

Після виконання вакцинації і ревакцинації БЦЖ інші профілактичні щеплення можуть проводитися не раніше, ніж через 2 міс.

Цей термін необхідний для вироблення поствакцинального імунітету.

Як і у випадку інших цільноклітинних убитих або атенуйованих вакцин, при введенні БЦЖ імунна система організму стикається з виключно складним набором антигенів. Складність антигенного складу даного типу вакцин обумовлює як їх переваги, так і недоліки. Багаточисленні антигени таких вакцин конкурують за презентуючі клітини, а імунодомінуючі антигени не завжди індукують максимальну протекцію. Однак завжди існує вірогідність того, що в складній суміші є імуносупресивні елементи або молекули, які модулюють імунну відповідь в небажаному напрямі.

Пошуки нової протитуберкульозної вакцини доводили до відчаю не одне покоління ентузіастів-дослідників.

Багаточисленні і трудомісткі спроби зрозуміти фундаментальні механізми протективного імунітету при мікобактеріальній інфекції привели лише до усвідомлення його складності і не дозволили встановити надійні імунологічні кореляції протекції і сформувати базу для «раціонального» відбору перспективних вакцин.

## **ВИСНОВКИ**

Закарпатська області відноситься до регіонів з високим рівнем враження населення туберкульозом.

Основними факторами ризику розвитку туберкульозу у дітей слід вважати відсутність вакцинації БЦЖ, контакт із хворими на туберкульоз, зміни характеру чутливості до туберкуліну, особливо встановлення феномена „віражу” та наростання його інтенсивності, сімейна малозабезпеченість та міграція населення.

Під час епідемії туберкульозу важливого значення набуває рання і своєчасна діагностика захворювання. Своєчасне виявлення хвороби сприяє ізоляція джерела зараження, попередження тубінфікування, підвищення інтенсивності лікування та профілактики туберкульозу.

Таблиця 1

**Туберкульодіагностика серед дитячого населення віком від 4 до 14 років включно за 2014-2018 роки**

№ з/п	Назва регіону	Кількість дітей віком від 4 до 14 років включно						Кількість дітей, яким проведено пробу Манту, абс.чис.						Показник, на 1 тисячу дитячого населення					
		2014	2015	2016	2017	2018	2014	2015	2016	2017	2018	2014	2015	2016	2017	2018			
1	Берегівський	9419	9472	9530	6660	6843	6099	6087	6646	1229	3446	647,5	642,6	697,4	184,5	503,6			
2	м.Берегове				3335	3417				1010	1311				302,8	383,7			
3	В.Березнянський	3174	4054	3722	3882	3458	2888	2277	2436	1433	2159	909,9	561,7	654,5	369,1	624,3			
4	Виноградівський	17294	17606	18104	18855	19479	12581	14631	10335	2391	11212	727,5	831,0	570,9	126,8	575,6			
5	Воловецький	3208	3247	3553	3338	3321	2266	1915	2782	2062	1958	706,4	589,8	783,0	617,7	589,6			
6	Іршавський	13960	13996	14211	14625	15182	12977	12639	2998	2180	11117	929,6	903,0	211,0	149,1	732,2			
7	Міжгірський	6816	6888	7043	7003	7000	4694	6359	3177	1687	4452	688,7	923,2	451,1	240,9	636,0			
8	м.Мукачеве	11586	11818	11962	11812	11923	9394	10815	5149	1584	1485	810,8	915,1	430,4	134,1	124,5			
9	Мукачівський	13522	12645	14091	14707	14764	7126	11286	5885	1683	7839	527,0	892,5	417,6	114,4	531,0			
10	Перечинський	5092	5259	4818	5171	6022	3667	3800	4017	2807	2185	720,1	722,6	833,7	542,8	362,8			
11	Рахівський	17425	13179	14352	13293	15536	7447	12128	5378	954	4415	427,4	920,3	374,7	71,8	284,2			
12	Свалявський	7211	7401	7775	7784	8175	4534	6140	4139	4018	5275	628,8	829,6	532,3	516,2	645,3			
13	Тячівський	23533	23699	25215	24941	25978	14679	16545	11415	2736	7711	623,8	698,1	452,7	109,7	296,8			
14	Хустський	17564	17180	17766	13497	13618	12993	13754	9552	1951	6877	739,8	800,6	537,7	144,6	505,0			
15	м.Хуст				4364	4827				409	2259				93,7	468,0			
16	Ужгородський	9717	8298	10247	9299	9809	5073	8163	9826	3271	5580	522,1	983,7	958,9	351,8	568,9			
17	м.Чоп				1243	1284				7	36				5,6	28,0			
18	м.Ужгород	12474	14228	14448	14849	15253	12434	11033	3085	5086	6053	996,8	775,4	213,5	342,5	396,8			
<b>Закарпатська область</b>		<b>171995</b>	<b>168970</b>	<b>176837</b>	<b>178658</b>	<b>185889</b>	<b>118852</b>	<b>139978</b>	<b>87419</b>	<b>37018</b>	<b>85576</b>	<b>691,0</b>	<b>828,4</b>	<b>494,3</b>	<b>205,7</b>	<b>460,4</b>			

Таблиця 2

**Охоплення населення області профілактичними рентгенофлюорографічними оглядами на виявлення туберкульозу**

№ з/п	Назва регіону	Кількість осіб, яким проведено профілактичне рентгенофлюорографічне обстеження					Показник охоплення рентгенофлюорографічними оглядами, на 1 тисячу населення віком від 15 років					Питома вага профілактичних рентгенограм органів грудної клітки у структурі рентгенофлюорографічних профоглядів, %				
		2014	2015	2016	2017	2018	2014	2015	2016	2017	2018	2014	2015	2016	2017	2018
1	Берегівський	36366	40240	36432	22288	11348	580,2	644,7	589,8	526,7	269,6	18,3	12,5	14,5	11,4	24,2
2	м.Берегове				9394	6430				494,9	341,7				9,0	31,6
3	В.Бережанський	13014	14329	10849	7039	10901	600,1	663,0	502,6	327,1	510,9	5,2	3,4	3,7	10,2	5,1
4	Виноградівський	60887	57186	57416	56609	56628	641,5	602,7	605,6	597,5	597,8	5,8	6,5	7,6	6,9	8,1
5	Воловецький	14394	12674	12663	11173	8443	730,0	645,5	645,5	570,2	432,2	1,3	2,7	1,7	1,1	1,7
6	Гришівський	46945	58477	51088	49568	48618	588,9	732,7	640,4	621,1	609,0	17,0	11,9	14,4	13,1	13,6
7	Міжгірський	26873	26335	26125	23070	23968	701,6	690,0	686,9	607,2	634,0	16,6	17,1	17,9	12,8	15,9
8	м.Мукачево	48301	48243	47719	46863	29923	684,8	683,4	675,3	667,1	426,6	7,8	7,7	5,6	7,2	9,8
9	Мукачівський	55403	55409	52169	51874	33664	679,9	681,5	644,1	642,8	419,1	9,1	9,2	7,0	9,4	10,4
10	Перечинський	10465	14058	13089	12200	8392	419,5	564,2	526,6	491,5	338,5	10,6	14,2	16,6	11,3	17,1
11	Рахівський	45683	45902	44682	44659	43086	635,7	638,3	622,0	621,5	598,4	3,9	4,2	4,4	4,8	8,7
12	Сваляцький	27557	26719	27664	27627	27384	634,9	617,5	641,1	641,4	636,6	4,6	3,0	4,9	9,8	6,4
13	Тячівський	85327	102609	64514	93474	94503	609,8	732,9	461,4	669,5	676,9	16,9	17,0	27,1	28,5	13,9
14	Хустський	68225	66690	65961	47991	42016	663,8	650,6	644,9	621,8	543,6	1,7	1,9	1,9	1,1	1,4
15	м.Хуст				20295	17070				816,7	689,4				2,7	2,5
16	Ужгородський	40355	40831	33178	34870	33576	625,6	630,7	513,3	605,2	580,5	1,5	1,7	2,0	1,5	1,8
17	м.Чоп				915	907				126,9	125,4				14,3	23,7
18	м.Ужгород	51386	51791	43877	45677	39349	539,0	547,3	466,2	491,4	423,5	2,5	1,5	2,0	1,7	1,7
	<b>Закарпатська область</b>	<b>631181</b>	<b>667093</b>	<b>588702</b>	<b>607178</b>	<b>538217</b>	<b>623,8</b>	<b>660,2</b>	<b>584,1</b>	<b>604,1</b>	<b>536,0</b>	<b>8,6</b>	<b>8,5</b>	<b>9,4</b>	<b>10,2</b>	<b>9,4</b>

Таблиця 3

**Вакцинація новонароджених БЦЖ**

№ з/п	Назва регіону	Абсолютні числа					Показник, %				
		2014	2015	2016	2017	2018	2014	2015	2016	2017	2018
1	Берегівський	889	487	541	402	392	98,9	64,4	79,6	99,0	99,2
2	м.Берегово				218	178				99,1	99,4
3	В.Березнянський	274	216	195	182	147	99,6	88,2	98,5	99,5	98,0
4	Виноградівський	1661	436	1029	1299	1189	99,2	28,3	79,5	98,1	96,7
5	Воловецький	285	74	223	293	285	80,7	23,0	60,6	97,3	99,3
6	Іршавський	1176	250	1148	1223	1099	84,3	18,8	86,1	95,5	94,7
7	Міжгірський	539	123	604	498	515	79,0	18,3	88,2	99,4	97,4
8	м.Мукачево	952	385	746	849	752	96,6	46,7	83,5	97,4	98,2
9	Мукачівський	1201	559	1094	1109	1045	89,3	45,0	94,4	98,4	97,3
10	Перечинський	440	263	389	372	412	82,6	55,4	85,7	96,9	96,9
11	Рахівський	1439	325	845	1037	1127	89,2	22,4	65,2	89,6	99,7
12	Свалявський	558	195	683	569	544	70,6	27,3	94,1	94,8	92,8
13	Тячівський	2023	645	1817	1985	1860	81,8	33,1	87,2	96,4	99,4
14	Хустський	1645	330	1147	1017	950	90,1	19,7	72,9	99,1	99,1
15	м.Хуст				375	384				98,9	99,0
16	Ужгородський	714	515	650	712	674	77,5	60,7	72,1	97,1	95,9
17	м.Чоп				71	70				91,0	94,6
18	м.Ужгород	1057	1332	852	1210	1060	66,6	90,9	63,3	94,6	89,8
<b>Закарпатська область</b>		<b>14853</b>	<b>6135</b>	<b>11963</b>	<b>13421</b>	<b>12683</b>	<b>85,6</b>	<b>39,6</b>	<b>79,8</b>	<b>96,5</b>	<b>96,9</b>

**ЛІТЕРАТУРА**

1. Белогорцева О.И., Костромина В.П., Симоненкова Н.В. и др. Туберкулез у детей и подростков на Украине в условиях эпидемии. – Экологичні проблеми у фтизіатрії і пульмонології. Матеріали наук.-практ. конф. кафедри фтизіатрії з курсом пульмонології Національного мед. університету ім. О.О. Богомольця м. Київ, 1 жовтня 2004 р. – К., 2004. – С. 28-31.
2. Митинская Л.А. Новые технологии при профилактике, выявлении, диагностике и лечении туберкулеза у детей и подростков // Проблемы туберкулеза. – 2003. – №1. – С. 19-24.
3. Організація виявлення туберкульозу в групах ризику // Методичні рекомендації МОЗ України та Київського і-ту фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського АМН України. – Київ, 2005. – 20 с.
4. Фещенко Ю.І., Мельник В.М. Фтизіоепідеміологія. – К.: Здоров'я, 2004. – 618 с.
5. Фещенко Ю.І., Мельник В.М. Організація протитуберкульозної допомоги населенню. – К.: Здоров'я, 2006. – 654 с.

**Дата надходження рукопису до редакції:** 24.02.2020 р.

**ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРА**

**Дидяк Максим Миколайович** – студент магістратури спеціальності 229 «Громадське здоров'я», факультет здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ «Ужгородський національний університет», вул. Митна, 29, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

**Матеріали конференції «Актуальні питання громадського здоров'я»  
(20 лютого 2020 року, м. Ужгород)**

*Слабкий Г.А., Миронюк І.С., Брич В.В., Билак-Лукьянчук В.І., Потокий Н.І.*

**Основы Европейской политики и стратегия для XXI века:  
здоровье, факторы образа жизни и поведения**

**ГВУЗ «Ужгородский национальный университет», г. Ужгород, Украина**

Здоровье – это, в первую очередь, сами люди, и жизнь какой какой они живут и то как заботятся о своем личном здоровье в своей повседневной жизни. При этом нужно отметить, что укрепление здоровья является процессом, который позволяет людям улучшить контроль над личным здоровьем и детерминантами, которые его формируют. Возможности укрепления и охраны личного здоровья утрачиваются без участия людей. При этом люди – существа социальные, поэтому оказание им необходимой поддержки в вопросах принятия и сохранения здорового поведения требуется, чтобы они проживали в такой среде, которая благоприятствует здоровому поведению. Другими словами, нужна «культура здоровья» как один из благоприятствующих и мотивирующих факторов охраны и укрепления здоровья каждого человека и сообщества людей в целом. Подход, который предусматривает создание здоровой среды обитания [1], заложен в Оттавской хартии по укреплению здоровья населения [2], зарекомендовал себя как один из наиболее популярных и эффективных путей создания окружающей человека среды, благоприятствующей охране здоровья. Данный подход предполагает использование холистических и междисциплинарных методов, при этом основное внимание в нем уделяется организационному развитию, которое обеспечивает участие, расширение прав и возможностей людей, а также соблюдение справедливости. Здоровая среда обитания людей является таким местом или социальной средой, в которой люди занимаются повседневной своей деятельностью и в которой взаимодействие экологических, организационных и личностных детерминант оказывает воздействие на состояние здоровья и благополучие людей. Обычно среда обитания людей характеризуется наличием физических границ, определенной группы людей с определенными ролями и организационной структуры. Примерами такой социальной среды могут служить школы, места работы, больницы, рынки, деревни и города.

Процессы, которые происходят в обществе, также влияют определенным образом на подверженность воздействию на людей вредных (равно как и благоприятных) для их здоровья условий, уязвимость и жизнестойкость. При этом подверженность и уязвимость обычно распределяются в современном обществе неравномерно и зависят от социально-экономического положения и других признаков социального положения, например, этнической принадлежности. При этом часто подверженность и уязвимость людей определяются гендерными нормами и ценностями. На это в значительной степени влияют ценности общества потребления, широкомасштабный и нерегулируемый маркетинг различной продукции, а во многих случаях и недостаточное регулирование сбыта вредных товаров. Медико-санитарная грамотность и информированность населения становится важнейшим фактором, который позволяет делать здоровый выбор, и зависит в значительной степени от навыков, выработанных у человека в самые ранние годы его жизни [3].

Большинство заболеваний, которые поддаются профилактике и случаев смерти в Европейском регионе приходится на группу из четырех заболеваний и их факторов поведенческого риска: болезни системы кровообращения, онкологические заболевания, диабет и хронические респираторные заболевания. Практические шаги решения таких проблем, как курение, рациональное питание, злоупотребление алкоголем и физическая активность, по означают принятие мер по отношению их социальных детерминант. При этом необходимо перенести главные усилия на первичный уровень оказания медицинской помощи и систему общественного здравоохранения, на причины различий в образе жизни – причины причин, которые кроются в социальных и экономических условиях жизни.

**Литература**

1. Dooris M et al. The settings-based approach to health promotion. In: Tsouros A et al., eds. Health-promoting universities: concept, experience and framework for action. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1998.
2. Оттавская хартия по укреплению здоровья. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 1986 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0009/146808/Ottawa\\_Charter\\_R.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/146808/Ottawa_Charter_R.pdf)).
3. Промежуточный отчет о социальных детерминантах и различиях по показателям здоровья в Европейском регионе ВОЗ – исполнительное резюме. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2010 ([http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0017/124460/e94370R.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/124460/e94370R.pdf)).



Фейса І.І., Кручаниця В.В., Гуцол І.Я., Яцина А.Т.

## **До питання викладання біостатистики в процесі підготовки магістрів громадського здоров'я**

**ДВНЗ «УжНУ», факультет здоров'я та фізичного виховання, кафедра наук про здоров'я, м. Ужгород, Україна**

**Мета:** встановити методико-педагогічні основи викладання предмету «Біостатистика» в процесі підготовки магістрів громадського здоров'я.

**Матеріали та методи.** матеріалами дослідження стали нормативно-законодавчі акти з питань підготовки магістрів громадського здоров'я з використанням методів контент-аналізу та структурно-логічного аналізу.

**Результати.** Метою забезпечення інформаційної компетентності з біостатистики фахівців спеціальності 229 «Громадське здоров'я» є їх ознайомлення з базовими поняттями «біостатистика», «статистична сукупність», «одиниця спостереження», «статистичні ознаки», «репрезентативність» та можливості їх використання в майбутній роботі.

У результаті вивчення навчальної дисципліни «Біостатистика» магістр повинен знати та вміти організувати проведення статистичного дослідження, принципи формування статистичних сукупностей для подальшого аналізу; поняття про генеральну і вибіркову сукупності, класифікація типів даних, кількісні та якісні дані, характеристику шкал вимірювання, загальну характеристику методів статистичного аналізу, особливості їх використання, узагальнення результатів статистичного дослідження, порядок оцінки достовірності отриманих результатів.

Після завершення навчального курсу з біостатистики магістр має оволодіти наступними навиками та вміннями: визначати об'єкт дослідження, формувати і характеризувати вибіркову і генеральну сукупності, проводити аналіз та інтерпретацію отриманих даних, опанувати навиками реалізації різних видів статистичних досліджень, володіти поняттями дизайну прикладного наукового дослідження. Використовуючи отримані знання він має обирати оптимальні методи проведення наукового дослідження. Аналізувати дані галузевої статистичної звітності, оформляти за отриманими результатами звіти, використовуючи доцільні методи візуалізації триманих даних.

Для оволодіння навиками біостатистики, робочою програмою стаціонарного навчання передбачено 120 академічних годин в тому числі 12 академічних годин для викладання лекційного матеріалу, 36 академічних годин для проведення практичних занять та 72 академічні години для самостійної роботи студентів. Для магістрів заочної форми навчання передбачено теж 120 годин із яких лекційних занять 10 годин, лабораторних занять 4 години, а для самостійної роботи відведено 106 годин.

Дисципліна структурована в 10 тем, які розділені та оцінюються двома змістовними модулями.

Засвоєння магістрами матеріалів з даного курсу забезпечить їм набуття компетенцій, які визначені Державним стандартом вищої освіти за спеціальністю «Громадське здоров'я» здобувачів другого рівня вищої освіти.

Викладання курсу здійснюється у формі лекцій, практичних занять та самостійної, але контрольованої роботи студентів. При цьому застосовуються активні та інтерактивні методи навчання, з використанням усіх доступних мультимедійних технологій та засобів.

Для більш продуктивного засвоєння матеріалів біостатистики застосовуються такі форми викладання як лекція-дискусія, семінарсько-лекційне заняття, яке потребує більш відповідного ставлення студентів до самопідготовки тем, що визначені заздалегідь.

Найбільшу зацікавленість до вивчення вказаної дисципліни студенти проявляють під час проведення практичних занять у формі диспуту, дискусії, ділової гри, вирішення поставленої проблемної задачі. Перераховані методи розвивають у студентів здатність до аналізу ситуації, прийняття організаційних рішень та вибору методів стосовно тої чи іншої проблемної задачі.

Передбачені навчальною програмою години для самостійного опрацювання матеріалів, використовуються для розв'язку індивідуальних навчально-дослідних завдань, у ході виконання яких, студенти здійснюють самопідготовку для проведення дослідження, при виконанні ними магістерської наукової роботи.

**Висновки.** Методично-педагогічні засади при вивченні магістрами громадського здоров'я предмету «Біостатистика» полягають у використанні активних та інтерактивних форм навчання в умовах аудиторії із контрольованим застосуванням індивідуальних навчально-дослідних завдань для самостійної роботи студентів.

Маркович В.П.

## **Якість продуктів харчування як одна із детермінант громадського здоров'я**

**ДВНЗ «УжНУ», факультет здоров'я та фізичного виховання, кафедра наук про здоров'я, м. Ужгород, Україна**

Неякісні продукти харчування становлять загрозу здоров'ю, життю і працездатності людей та майбутніх поколінь. За оцінками ВООЗ, більше 600 млн чоловік – майже кожен десятий житель планети – захворюють після вживання

забруднених продуктів хвороботворними бактеріями, вірусами, грибами, паразитами, хімічними речовинами, і 400 тис. людей щорічно помирають внаслідок цих захворювань.

**Мета:** вивчити рівень споживання населенням України основних продуктів харчування, проаналізувати їх якість. Дослідити рівень інфекційної захворюваності, пов'язаної із вживанням неякісних продуктів харчування.

**Матеріали та методи.** При виконанні роботи використано медико-статистичний та соціологічний методи, метод експертної оцінки. Проаналізовано дані статистичної звітності Держсанепідслужби та Держпродспоживслужби України за 2011-2018 рр.

**Результати.** Споживання харчових продуктів на одну особу щорічно складає в середньому: зернових – 138,4 кг, риби і морепродуктів – 17 кг, фруктів – 61,5 кг, м'яса – 54,8 кг, молокопродуктів – 145 кг, цукру – 46,1 кг, овочів – 163,8 кг, тваринних жирів – 5,1 кг, рослинних жирів – 12,7 кг. За даними Держпродспоживслужби, у 2018 році було проведено 86745 досліджень харчових продуктів, з яких у 2158 випадках (2,48%) виявлена невідповідність за критеріями якості. Виходячи із сумарної кількості споживання тільки основних продуктів харчування на одну особу – 644,4 кг, українці щорічно вживають, як мінімум, 27 313,54 млн кг продуктів, з яких 677,38 млн кг не відповідають вимогам безпеки.

Слід врахувати і те, що через ліквідацію Держсанепідслужби та постійні мораторії на перевірки Держпродспоживслужби, нагляд і контроль за якістю продуктів харчування за проаналізований період є недостатнім і, очевидно, реальний стан справ є недооціненим.

Рівень інфекційної захворюваності в Україні щорічно зростає – із 525,51 на 100 тис. населення у 2011 р. до 576,48 у 2018 році. Кількість спалахів гострих харчових отруєнь також щорічно збільшується. Так, у 2018 році їх кількість зросла у 4 рази порівняно з 2013 роком (169 проти 42).

**Висновки.** Якість продуктів харчування, що споживається населенням України, є вирішальною детермінантою впливу на рівень інфекційної захворюваності населення. Вирішення проблеми потребує комплексних заходів системи громадського здоров'я, Держпродспоживслужби, органів місцевого самоврядування та населення країни.

Дуб М.М.

### **Оцінка рухової активності та дієздатності студенток з ожирінням**

**ДВНЗ «УжНУ», факультет здоров'я та фізичного виховання, кафедра наук про здоров'я, м. Ужгород, Україна**

На сучасному етапі розвитку суспільства здоров'я студентської молоді є важливим питанням сьогодення. Стан здоров'я сучасного студентства залежить від багатьох чинників, серед яких важливе місце займає здоровий спосіб життя та систематичні заняття фізичними вправами [3, 6]. Фізичні вправи чинять позитивний вплив на стан фізичного і психічного здоров'я, покращують діяльність серцево-судинної, дихальної та інших систем й підтримку оптимального рівня розвитку фізичних якостей людини [1, 5].

У новітній час, важливим патогенетичним фактором розвитку ожиріння є прогресуюча гіпокінезія. Зниження рівня фізичної активності пов'язують з все більш широким поширенням малорухомих форм роботи, відпочинку та розваг, зі зміною способів пересування, технізацією та урбанізацією всіх сферах життя сучасної людини [5, 10]. Обмежена фізична активність призводить до зниження опірності організму, детренованості різних систем, швидкого розвитку втоми, порушення обміну речовин, погіршення психічного стану та працездатності.

**Мета** – оцінити рівень фізичної активності та рухової дієздатності студенток з ожирінням.

**Матеріали та методи.** Для вирішення поставлених завдань застосовували аналіз і узагальнення даних науково-методичної літератури, соціологічні методи та методи математичної статистики.

**Результати.** Дослідження проводилися на базі Ужгородського національного університету. В дослідженні взяло участь 30 студенток з ожирінням. Рівень рухової активності студенток оцінювався за міжнародним опитувальником International Questionnaire on Physical Activity (IPAQ) – анкета, що розроблена за сприяння ВООЗ, центру по контролю та профілактиці захворювань США та Каролінського інституту в Швеції [8]. Для роботи використано варіант, що складався з 27 запитань.

Для визначення рухової дієздатності (РД) студенток з ожирінням застосовано “Екран функціонального руху (ЕФР) (Functional Movement Screen (FMS))” – інноваційна система, котра використовується для оцінки якості комплексу виконання вправ та стабілізуючих рухів. ЕФР включає сім основних рухових моделей, які вимагають нормальної рухомості суглобів, динамічної та статичної рівноваги, сили м'язів кінцівок та тулуба [2, 3, 7].

На основі проведених досліджень встановлено, що у студенток, які займаються більш менш систематично, тривалість інтенсивного фізичного навантаження була недостатньою і складала до 10 хвилин: частка таких студенток виявилась 63,3% (n=19), а решта студенток (усього 36,7% (n=11)) займалася від 10 до 20 хвилин. Понад половини (56,7% (n=17)) студенток минулого тижня взагалі не займалися інтенсивним фізичним навантаженням; третина респонденток (30,0% (n=9)) займалася усього один раз за тиждень, і лише 13,4% (n=4) студенток займалося 2 рази. Тривожним виявився той факт, що жодна з опитаних студенток не займалося інтенсивним фізичним навантаженням понад 2 рази на тиждень.

Неінтенсивні фізичні навантаження студентки використовували від 2 до 5 разів на тиждень. Розподіл студенток за неінтенсивним фізичним навантаженням мав наступний вигляд: 2 рази на тиждень – 40,0% (n=12), 3 рази – 30,0% (n=9), 4 рази – 16,7% (n=5), 5 разів – 13,3% (n=4).

3-поміж опитаних студенток з ожирінням, більшість 43,3% ходять пішки 2 рази протягом тижня, однак тривалість піших прогулянок 40,0% (n=12) студенток впродовж дня складає до 20 хвилин; 13,3% (n=4) респонденток вказали, що ходять пішки 5, а 3,33% (n=1) – 6 разів на тиждень. Натомість усього 10,0% (n=5) студенток зазначило, що їх прогулянки тривають від 60 до 90 хвилин. Виявлено, що 20,0% (n=6) перебувають від 6 до 7 та 30,0% від 7 до 8 годин (n=9) у сидячому положенні, а 16,7% (n=5) респонденток у сидячому положенні проводить більш як 8 годин на день. Наслідком такого способу життя стала характерна для переважної більшості учасниць експерименту гіпокінезія, яка зафіксована в 83,3% (n=25) студенток.

Порівняльний аналіз рівня РА студенток за типами ожирінням показав відсутність статистично значущих ( $p > 0,05$ ) відмінностей між величинами компонентів РА у студенток із ожирінням глітеофеморального типу в порівнянні зі студентами із ожирінням абдомінального типу, за виключенням тривалості перебування в сидячому положенні, яке в студенток з абдомінальним типом ожирінням виявилось статистично значуще ( $p < 0,05$ ) більшим порівняно зі студентками з глітеофеморальним типом ожиріння.

Розподіл студенток за рівнями РД показав, що лише 6,7% (n=2) з обстежених характеризуються оптимальним рівнем РД, в той час як 46,7% (n=14) показали критичний їх рівень. Виявлено, що в студенток з ожирінням простежуються складності у виконанні тестових вправ. Найнижчі показники студентки показали при виконанні вправи “Стабільність тулуба при розгинанні рук” та “Кругова стабільність”. Низькими виявилися і результати виконання вправи “Плечова мобільність”, що показує низьку рухомість ділянки лопаток і гнучкості грудного відділу хребта.

Доведено, що серед студенток з ожирінням глітеофеморального типу на 11,1 та на 23,3% переважає студенток з оптимальним й допустимим рівнями РД та на 33,3% менше з критичним рівнем.

**Висновки.** В результаті дослідження визначено, що серед студенток з абдомінальним типом ожиріння переважає критичний тип рухової дієздатності, в той час як серед студенток з глітеофеморальним типом допустимий та критичний. Встановлені характерні особливості рухової активності та рухової дієздатності є передумовою для побудови комплексної програми фізичної реабілітації студенток з абдомінальним та глітеофеморальним типами ожиріння.

#### **Література**

1. Аравіцька М, Лазарева О. Стан рухової дієздатності осіб з ожирінням. Молода спортивна наука. 2016; 3: 6–10.
2. Бойчук ТВ, Голод НР, Левандовський ОС. Результати встановлення рухової дієздатності студенток спеціальної медичної групи за тестовими вправами екрану функціонального руху. Вісник Чернігівського національного педагогічного університету імені Т.Г. Шевченка. Серія : Педагогічні науки. Фізичне виховання та спорт. Чернігів, 2012; 102; 1: 86–90.
3. Коромыслов А.В., Маргазин В.А. Роль организованной двигательной активности в формировании показателей физического развития студенток за время обучения в вузе. Спортивная медицина: наука и практика. 2013; 1: 36–39.
4. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. [Med Sci Sports Exerc. 2003].
5. Fock K, Khoo J. Diet and exercise in management of obesity and overweight. J Gastroenterol Hepatol. 2013; 28: 59-63. doi:10.1111/jgh.12407.

*Іваць-Чабіна А.Р.*

## **Вивчення рівня теоретичної і практичної підготовки лікарів загальної практики-сімейних лікарів, як спеціалістів базового рівня надання медичної допомоги для забезпечення комплексної реабілітації цільових груп прикріпленого населення**

**ДВНЗ «УжНУ», факультет здоров'я та фізичного виховання, кафедра наук про здоров'я, м. Ужгород, Україна**

Реабілітація є невід'ємним компонентом медичних послуг, який гарантує, що людина після перенесеного захворювання зможе повністю реалізувати свій функціональний потенціал в умовах, в яких вона живе і працює.

На сьогоднішній день, найбільшого розвитку система реабілітації в Україні набула на санаторному етапі лікування і в медичних закладах третинної ланки. В такій ситуації виникають труднощі із доступом до реабілітаційних послуг. Часто висока вартість занять в реабілітаційних центрах та їх географічна віддаленість змушують пацієнтів відмовлятися від реабілітації після виписки зі стаціонару, що суттєво знижує шанси на повне відновлення функціонування та гальмує процес одужання.

В таких умовах, з метою полегшення доступу до реабілітаційної допомоги тим, хто цього потребує, доцільним є проведення реабілітації в закладах первинної медико-санітарної допомоги.

**Мета:** вивчити рівень теоретичної та практичної підготовки лікарів загальної практики-сімейних лікарів, як спеціалістів базового рівня надання медичної допомоги до забезпечення комплексної реабілітації цільових груп прикріпленого населення.

**Матеріали та методи.** З метою проведення даного дослідження була розроблена спеціальна анкета, що включала в себе 4 блоки запитань. Запитання стосувались готовності лікарів загальної практики до надання послуг з медичної реабілітації, рівня їх теоретичної та практичної підготовки для надання реабілітаційної допомоги пацієнтам з різними нозологіями.

**Результати.** В опитуванні взяло участь 50 лікарів загальної практики. В ході статистичної обробки 4 анкети було виключено через помилки у заповненні. Всі респонденти – практикуючі лікарі.

Доцільною передачею обов'язків з надання заходів медичної реабілітації сімейним лікарям вважають 52,2% опитаних. Проти цього висловились 28,8% респондентів. Не змогли визначитись 19,6%.

**Найвищий рівень теоретичної підготовки** (ТП) респондентів відзначено в наступних галузях: захворювання органів травлення (39,1% оцінили свій рівень як достатній, 23,9% оцінили свій рівень як більше достатній, ніж недостатній, 19,6% – більше недостатній, 13% вважають свій рівень ТП недостатнім, у 4,3% повністю відсутня підготовка), захворювання органів дихання (32,6% – достатній рівень ТП, 28,3% – більше достатній, ніж недостатній, 21,7% – більше недостатній, ніж достатній, 10,9% мають недостатній рівень ТП та у 2,2% підготовка повністю відсутня), патології системи кровообігу (28,3% мають достатній рівень ТП, 34,8 – більше достатній, ніж недостатній).

**Найнижчий рівень теоретичної підготовки** з питань реабілітації інвалідів (лише 17,4% респондентів мають достатній рівень ТП і 15,2% – більше достатній, ніж недостатній, 26,1% – більше недостатній, ніж достатній, 30,4 % – недостатній і у 10,9% повністю відсутня підготовка), людей похилого віку (лише 19,6% мали достатній рівень ТП, 32,6% більше достатній, ніж недостатній, 19,6% – більше недостатній, 19,6% – недостатній, у 8,7% повністю відсутня підготовка), та пацієнтів після перенесених хірургічних втручань (лише 17,4% мали достатній рівень ТП і 15,2% більше достатній, ніж недостатній, 24,4% – більше недостатній, ніж достатній, 32,6% недостатній і 10,9% повністю відсутня підготовка з даного питання).

**Найвищим рівнем практичної підготовки** (ПП) респонденти володіють в таких галузях як реабілітація дітей (26,1% мають достатній рівень ПП, 13% більше достатній, ніж недостатній, 21,7% – більше недостатній рівень ПП, ніж достатній, 15,2% володіють недостатнім рівнем підготовки, ще в 15,2% повністю відсутня практична підготовка), пацієнтів з патологією органів дихання (23,9% мають достатній рівень ПП, 28,3% більше достатній, 23,9% – більше недостатній, ніж достатній, 15,2% володіють недостатнім рівнем підготовки та 2,2% не мають підготовки з даного питання) та органів травлення (23,9% мають достатній рівень ПП, 30,4% більше достатній, ніж недостатній, 21,7% – більше недостатній, ніж достатній, 15,2% – недостатній рівень ТП та у 4,3% відсутня підготовка). З цих нозологій респонденти дали найвищі позитивні оцінки своїм практичним навикам.

**Найнижчий рівень практичної підготовки** респондентів з таких питань як реабілітація інвалідів (лише 15,2% мають достатній рівень ПП, 17,4% – більше достатній, 28,3% – більше недостатній, у 21,7% абсолютно недостатній рівень підготовки та у 10,9% підготовка відсутня), реабілітація пацієнтів з патологіями центральної нервової системи (15,2% володіють достатнім рівнем підготовки, більше достатній рівень у 17,4%, більше недостатній рівень ПП у 28,3%, недостатній рівень у 32,6%) та травмами опорно-рухового апарату (15,2% мають достатній рівень ПП, 19,6% мають більше достатній рівень ПП, 34,8% – більше недостатній, недостатній рівень ПП – у 17,4%, повністю відсутня практична підготовка у 4,3%). В даних пунктах переважна більшість респондентів оцінила свій рівень як більше недостатній та недостатній.

В ході порівняння одержаних показників було встановлено, що найвищим є рівень теоретичної та практичної підготовки лікарів первинної ланки до надання реабілітаційної допомоги хворим із патологіями органів дихання, травної системи та захворюваннями серцево-судинної системи. Найнижчим рівень підготовки в таких галузях як реабілітації хворих після перенесених хірургічних втручань та з травмами опорно-рухового апарату.

### **Висновки**

1. Найвищим є рівень теоретичної та практичної підготовки лікарів первинної ланки до надання реабілітаційної допомоги хворим із патологіями органів дихання, травної системи та захворюваннями серцево-судинної системи.

2. Найнижчим рівень підготовки в таких галузях як реабілітації хворих після перенесених хірургічних втручань та з травмами опорно-рухового апарату (тут респонденти дали найбільшу кількість негативних оцінок як з питань теоретичної так і практичної підготовки).

3. Загалом, на станом на сьогоднішній день, рівень підготовки лікарів первинної ланки є недостатнім для повноцінного надання реабілітаційних послуг на базі закладів ПМСД.

*Крись М.Є., Лілеєва А.А.*

## **Модифікація способу життя як засіб профілактики гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби**

**ДВНЗ «УжНУ», факультет здоров'я та фізичного виховання, кафедра наук про здоров'я, м. Ужгород, Україна**

Проблема гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) займає важливе значення в системі охорони здоров'я світу та України, оскільки характеризується високим рівнем поширення, важкою клінічною картиною, що погіршує якість життя пацієнтів, можливістю розвитку небезпечних ускладнень. Всесвітньою організацією гастроентерологів ГЕРХ визнано захворюванням XXI століття, на яке страждає від 20 до 50% населення різних країн світу. ГЕРХ – хронічна хвороба з довготривалим перебігом, що значно погіршує якість життя хворого. В той же час практикуючі лікарі і самі пацієнти недооцінюють значення цього захворювання.

В результаті аналізу літературних джерел з'ясовано, що появи такого захворювання та більш складному перебігу можуть сприяти різноманітні фактори, найбільш важливими з яких є окремі складові способу життя людини: шкідливі звички, нерегулярність харчування, носіння тугих поясів, корсетів чи тісного одягу, а також сон з опущеним головним кінцем ліжка. В той же час в науковій літературі представлено дуже мало досліджень, які б чітко доводили позитивний ефект від усунення вказаних факторів у розвитку гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби та її ускладнень.

На основі адаптованої клінічної настанови «Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба», як джерела доказової інформації про найкращу медичну практику, наказом МОЗ України від 31 жовтня 2013 року № 943 затверджений уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги «Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба». Вказаний документ чітко вказує дві групи заходів первинної профілактики виникнення ГЕРХ, а саме:

1. дотримання збалансованого харчування, нормалізація маси тіла, уникнення переїдання;
2. уникнення факторів, які провокують виникнення ГЕРХ: паління, надмірного вживання алкоголю, шоколаду, жирної, гострої їжі, кави, чаю, тяжкої фізичної роботи, пов'язаної з нахилами тулуба, підйому важкого, прийняття горизонтального положення тіла протягом трьох годин після їжі.

Вказаний вище уніфікований протокол також визначає рекомендовані заходи вторинної профілактики: зміна способу життя – уникнення порушень режиму харчування, паління, тяжкої фізичної роботи, пов'язаної з нахилами тулуба, підйомом важкого, нормалізація маси тіла, утримання вертикального положення тіла протягом трьох годин після вживання їжі.

З метою зменшення клінічних проявів ГЕРХ та покращення якості життя пацієнтів розроблена «Пам'ятка для пацієнта з гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою», яка визначає рекомендації щодо способу життя та режиму харчування. Організація надання допомоги пацієнтам з ГЕРХ потребує забезпечення обов'язкового їх ознайомлення з вказаною пам'яткою та формування мотивації до дотримання її рекомендацій. На жаль, сучасний стан організації медичної допомоги та відношення пацієнтів до збереження власного здоров'я не дозволяє повноцінно забезпечити виконання зазначених заходів, оскільки лікувальний процес більш орієнтований на медикаментозне лікування, а пацієнти часто не розуміють важливість дотримання окремих складових способу життя у запобіганні виникнення захворювань, зокрема загострень гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби.

З метою ефективного лікування, реабілітації та покращення якості життя пацієнтів з ГЕРХ слід розробити механізм дотримання заходів первинної та вторинної профілактики захворювання та формування високого рівня комплаєнсу з залученням лікарів, медичних сестер, фізичних терапевтів, ерготерапевтів та їх асистентів, іншого персоналу закладів охорони здоров'я.

*Шепелла Г.Л., Попович А.В.*

## **Порушення режиму праці і відпочинку як чинник виникнення порушень психоемоційного стану у старшокласників**

***ДВНЗ «УжНУ», факультет здоров'я та фізичного виховання, кафедра наук про здоров'я, м. Ужгород, Україна***

Діти шкільного віку – це одна з найбільш вразливих верств суспільства до негативного впливу соціальних чинників на здоров'я. На виникнення патологічних змін стану здоров'я школярів впливають зниження життєвого рівня, збідніння населення, посилення соціальної нерівності, невпевненість у майбутньому, тривале перебування в умовах психоемоційного напруження, незадовільні житлові та гігієнічні умови, низька якість продуктів харчування. Окремо слід виділити такі фактори, як невміння та небажання раціонально організувати режим дня, навчання, харчування і відпочинку, що може призвести до появи гострих та хронічних захворювань. Особливої уваги заслуговують учні старших класів.

Важливою складовою життя учнів старших класів є добовий режим, який повинен визначати розподіл часу на усі види діяльності та відпочинку з урахуванням вікових особливостей та потенційних можливостей розвитку захворювань. Фізіологічно раціональний режим є важливим чинником для забезпечення фізичної та психічної складових здоров'я, оптимального рівня працездатності та попередження розвитку стомлення та порушень психоемоційного стану.

Аналіз науково-методичної літератури дозволяє стверджувати, що недотримання окремих складових режиму дня чи їх раціонального розподілу старшокласниками може викликати значні зміни у їх психоемоційному стані та призвести до наступного розвитку хвороб.

Проведені дослідження (Полька Н.С., Яцковская Н.Я. та ін.) дозволили виявити недотримання значною кількістю школярів старшого шкільного віку, незалежно від типу навчального закладу, в якому вони навчалися, раціонального з гігієнічної точки зору режиму дня, що є фактором ризику розвитку хронічних неінфекційних захворювань.

На психоемоційний стан школярів можуть впливати окремі складові режиму дня та особливості навчального року учнів старших класів, особливо випускного одинадцятого класу. Вказані вище дослідження виявили порушення основних режимних моментів школярів, які проявлялися у недостатній тривалості нічного сну, значній тривалості виконання домашніх завдань, недотриманні режиму харчування, зміні структури вільного часу, яка характеризувалася перерозподілом балансу дозвілля з активних форм відпочинку на пасивні. До цього ще слід додати шкільну та побутову гіпокінезію, надмірне використання сучасних комп'ютерних гаджетів, відвідування додаткових навчальних заходів та

психоемоційне напруження через хвилювання щодо складання зовнішнього незалежного оцінювання та майбутнього вступу у вищі начальні заклади.

Окремі з вказаних чинників можуть зумовити появу в дітей шкільного віку психоемоційного стресу, який, за відсутності корекції, внесення змін в режим навчальної діяльності та відпочинку, може сформуватись у стійкі властивості особистості та деформувати її подальший розвиток, стати причиною погіршення успішності, поведінки, виникнення стійких порушень здоров'я. Науковці В. Каубиш, Є. Заїка стверджують, що постійне фізичне, інтелектуальне перенапруження, стресові ситуації призводять до появи психологічного дискомфорту. Серед старшокласників 56% мають донозологічні ознаки мінливих порушень психічного стану, насамперед, іпохондричного та депресивного синдрому (Б. Кобринський, І. Коцан). Більшість розладів психічної сфери може бути спровокована екзогенними чинниками, такими як надмірне навантаження, стрес, проблеми в колективі та ін. Перші ознаки дезадаптації учня та можливого початку розвитку психічного захворювання є неспецифічними: втомлюваність, неухважність, тривога, підвищення або різке зниження активності, перепади настрою, відмова відвідувати уроки, замкненість тощо. Нерідко можуть приєднуватися соматичні симптоми: нудота, біль у животі, незначне підвищення температури, свербіж шкіри та інші.

З метою профілактики порушень психоемоційного стану у старшокласників слід розробити комплексну програму заходів для формування в учнів старших класів мотивації до здорового способу життя, зокрема дотримання раціонального режиму праці та відпочинку. Її розробка потребує включення заходів з залученням педагогів, медиків, сім'ї та самих учнів.

*Примітка.* У статтях та матеріалах конференції збережено орфографію, пунктуацію та стилістику авторів.

**ДО ВІДОМА КЕРІВНИКІВ ОРГАНІВ І ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**

Відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 04.05.1993 р. №326 «Про концепцію побудови національної статистики України та Державну програму переходу на міжнародну систему обліку і статистики», рекомендації ВООЗ та наказу МОЗ України від 08.10.1998 р. №297 «Про перехід органів і закладів охорони здоров'я України на Міжнародну статистичну класифікацію хвороб і споріднених проблем охорони здоров'я десятого перегляду», у галузі охорони здоров'я використовується Міжнародна класифікація десятого перегляду (МКХ-10).

МКХ-10 підготовлено і видано Українським інститутом громадського здоров'я (тепер – ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України») (1998 р.) українською мовою, видання містить уточнення, які не порушують міжнародного статистичного зіставлення.

Оскільки ще не всі медичні заклади та підрозділи мають МКХ-10 і досі користуються МКХ-9, що вносить плутанину у статистичну облікову документацію щодо переліку діагнозів та синдромів захворювання, ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України» пропонує придбати видання МКХ-10 (3 томи).

Довідки та замовлення за телефонами: (44) 576-41-19, 576-41-48.

***В.о. директора***

***ДУ «Український інститут***

***стратегічних досліджень***

***Міністерства охорони здоров'я України»***

***П.С. Мельник***

**РЕДАКЦІЯ ЖУРНАЛУ «ЕКОНОМІКА І ПРАВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я»  
ЗАПРОШУЄ АВТОРІВ ДО АКТИВНОЇ СПІВПРАЦІ!**

**Тематична спрямованість журналу:** міжнародний досвід розвитку економіки та права охорони здоров'я, економіка охорони здоров'я, медичне право, розвиток ресурсної бази охорони здоров'я тощо.

До редакції (за адресою: *м. Київ, 02099, пров. Волго-Донський, 3, отримувач ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»*) подаються роботи, що **раніше ніде не друкувалися, не направлялися для опублікування в інші друковані видання**, не мають інформації, що становить державну таємницю: оригінальні статті, огляди літератури, короткі повідомлення, рецензії, реферати, інформація про роботу з'їздів, конференцій, симпозіумів, нарад, семінарів та інших наукових, науково-практичних і практичних заходів, а також рекламний матеріал (корпоративна інформація).

**Правила подання матеріалу для опублікування:**

- **Структура матеріалу:** *вступ (стан проблеми за даними літератури); мета, основні завдання та методи дослідження; основна частина (висвітлення статистично опрацьованих результатів дослідження); висновки; перспективи подальшого розвитку в даному напрямку; список літератури, резюме.*

- Стаття має супроводжуватись **офіційним направленням** (супровідним листом), **гарантійним листом про оплату публікації, експертним висновком** (внутрішньою рецензією установи, в якій була виконана дана робота) та **рецензією** з візою керівництва (наукового керівника), і завіреною круглою печаткою установи. Експертний висновок, внутрішня рецензія та заява надаються у друкованому вигляді з підписами авторів. Додатково – на електронну адресу як відскановані документи. Рукописи, що не відповідають цій вимозі, повертаються авторам.

- На останній сторінці статті мають бути власноручні підписи всіх авторів, а також **авторська довідка: прізвище, ім'я та по батькові (повністю)**, науковий ступінь, вчене звання, посада, установа, поштова та електронна адреси, номери телефонів.

- Авторський текстовий оригінал має складатися з двох примірників українською або російською мовою:

- тексту (обсяг статей, у тому числі рисунків, таблиць, списку літератури, резюме, має становити до 8–10 с., оглядів літератури, лекцій – до 15 с., рецензій – до 4 с., повідомлень, листів до редакції – до 3 с.);

- списку літератури (якщо в статті є посилання, – до 15–18 літературних джерел, в оглядах – до 50);

- таблиць;

- рисунків (не більше ніж 4) і підписів до них;

- резюме (українською, російською та англійською мовами).

- Текст статті має набиратися на комп'ютері в програмі Word, зберігатися у форматі.rtf і подаватися в роздрукованому та електронному варіантах (на диску або електронною поштою – e-mail: **s.nauka@ukr.net**). Шрифт – 12 пунктів, міжрядковий інтервал – 1,5, розміри берегів (полів):



ліве, верхнє, нижнє – 25 мм, праве – 15 мм. Сторінки мають нумеруватися у правому нижньому кутку. Ілюстрації (діаграми, графіки, схеми) мають будуватися в програмах Word або Excel та у вигляді окремих файлів і разом із текстовим файлом подаватися на диску. **Обсяг однієї сторінки – не більше 40 рядків.**

- На першій сторінці зазначаються: індекс УДК ліворуч, ініціали та прізвища авторів, назва статті, назва установи, де працюють автори, місто, країна.

- Бібліографія має включати наукові роботи переважно за останні 7 років, оформлятися згідно з **ДСТУ**, подаватися відразу за текстом. Автори згадуються за абеткою – спочатку праці вітчизняних авторів, опубліковані російською чи українською мовою, далі – іноземних авторів, опубліковані іноземною мовою.

- Посилання в тексті мають позначатися цифрами у квадратних дужках і відповідати нумерації у списку літератури. Скорочення слів та їх поєднань приводять згідно з ДСТУ 3582–97 «Скорочення слів в українській мові у бібліографічному описі. Загальні вимоги та правила».

- Кількість ілюстрацій (рисунки, схеми, діаграми) має бути мінімальною. Таблиці і рисунки вміщуються у текст статті зразу після першого посилання на них. У підписі до рисунка наводиться його назва, пояснення всіх умовних позначень (цифр, букв, кривих тощо). Таблиці повинні бути компактними, пронумерованими, мати назву. Номери таблиць, їх заголовки та цифрові дані, оброблені статистично, мають точно відповідати наведеним у тексті. Формули виконуються в редакторі формул Microsoft Equation 3.0.

- Позначки різних мір, одиниці фізичних величин, результати клінічних і лабораторних досліджень наводяться відповідно до Міжнародної системи одиниць (СІ), медичні терміни – згідно з Міжнародною анатомічною та Міжнародною гістологічною номенклатурами, назви захворювань – за Міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду, лікарські засоби – за Державною Фармакопеею (Х, XI). Назви фірм і апаратів зазначаються в оригінальній транскрипції.

- Скорочення в тексті слів, імен, термінів (крім загальновідомих) не допускається. Аббревіатура розшифровується після першого згадування і не змінюється протягом усього тексту.

- У резюме вказуються: назва статті, прізвища та ініціали авторів, установа, мета, матеріали і методи, результати, висновки, ключові слова; при цьому обсяг кожного резюме має становити 175 слів (у т.ч. назва, автори, установа); у резюме не подаються аббревіатури, зноски та посилання. Резюме подається українською, російською та англійською мовами. **Звертаємо вашу увагу на якість перекладу резюме англійською мовою.**

- Відповідальність за вірогідність та оригінальність поданих матеріалів (фактів, цитат, прізвищ, імен, результатів досліджень тощо) покладається на авторів. Статті, оформлені без дотримання правил, не розглядаються і не повертаються авторам.

- Редакція забезпечує рецензування статей, виконує спеціальне та літературне редагування, залишає за собою право скорочувати обсяг статей. Відмова авторам в опублікуванні статей може бути без пояснення її причини і не вважатиметься негативним висновком стосовно наукової та практичної значущості роботи.

**Редакційна рада**