

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



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

**Матеріали II міжвузівської науково-практичної конференції з
міжнародною участю**

**24 – 25 листопада 2021 року
Ужгород - Житомир**

УДК 614(063):371.134

A43

Актуальні питання підготовки та наукової діяльності магістрів галузі знань «Охорона здоров'я»: матеріали II міжвузівської науково-практичної конференції з міжнародною участю (Ужгород-Житомир, 24-25 листопада 2021 р.). Ужгород: ФОП Сабов А. М., 2021. 143 с.

ISBN 978-617-7798-71-1

У виданні представлені матеріали II міжвузівської науково-практичної конференції з міжнародною участю **«Актуальні питання підготовки та наукової діяльності магістрів галузі знань «Охорона здоров'я»»**, яка відбулася 24-25 листопада 2021 року. Матеріали висвітлюють питання підготовки магістрів галузі знань «Охорона здоров'я» та результати наукових досліджень здобувачів освіти другого (магістерського) рівня вищої освіти під час навчання.

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

ВІТАЛЬНІ СЛОВА



Шановні учасники конференції, шановні друзі і колеги!
Щиро вітаємо Вас на II Міжвузівській науково-практичній конференції з міжнародною участю «Актуальні питання підготовки та наукової діяльності магістрів галузі знань «Охорона здоров'я», яка цьогоріч відбувається в Ужгороді, в Ужгородському національному університеті! Шкода, але ця конференція, як і минулорічна проходить в дистанційному режимі у зв'язку з складною епідситуацією по коронавірусній хворобі, зумовленою COVID-19. В той же час, ми маємо велику надію, що наступні наші щорічні конференції будуть проходити вже у очному режимі по черзі в Ужгороді та Житомирі. Дуже приємно, що наша, сумісна з Житомирським

медичним інститутом, міжвузівська конференція з першого проведення у минулому році в Житомирі стала всеукраїнською і, навіть, міжнародною. Ми раді вітати на конференції наших друзів і колег із Словаччини. Окремо хочу подякувати нашим шановним друзям і колегам з Житомирського медичного інституту, які прийняли активну участь в організації проведення цьогорічного заходу, надали технічну і інформаційно підтримку.

Бажаю усім учасникам конференції, організаційному та науковому комітету плідної та ефективної роботи під час засідань! Успіхів, удачі і наснаги нам!!!

МИРОНЮК І.С.

доктор медичних наук, професор



Шановні колеги, шановні учасники II Міжвузівської науково-практичної конференції з міжнародною участю, шановні члени організаційного комітету, висловлюю подяку від науково-педагогічного колективу Житомирського медичного інституту за організацію цього наукового форуму, який охоплює важливі актуальні питання підготовки та наукової діяльності магістрів галузі знань «Охорона здоров'я».

Сама ідея міжвузівської конференції стосується актуальних питань удосконалення освітніх програм, визначення напрямків наукових досліджень, бачення того, якими компетенціями: професійними, практичними, теоретичними, наукового дослідника, менеджера, управлінця - повинні володіти магістри різних спеціальностей, а особливо таких молодих наукових спеціальностей, як громадське здоров'я, медсестринство, фізична терапія, ерготерапія – це і є головним завданням і метою нашого наукового форуму.

На цьогорічній науково-практичній конференції нам буде цікаво оцінити результати наукових досліджень і матеріали представлених досліджень у доповідях стендових, доповідях-тезах студентів і науковців вітчизняних, закордонних закладів вищої освіти і практичної охорони здоров'я.

Дякую керівництву Ужгородського національного університету, усім колегам за організацію конференції і бажаю плідних результатів учасникам науково-практичної конференції.

ШАТИЛО В.І.

доктор медичних наук, професор, Заслужений лікар України

НАУКОВИЙ КОМІТЕТ

СПІВГОЛОВИ:

МИРОНЮК І.С. - доктор медичних наук, професор

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

СЛАБКІЙ Геннадій – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри наук про здоров'я ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

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

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

BELOVIČOVA Mária – Prof. MD., PhD. Pracovisko bl. Metóda Dominika Trčku v Michalovciach Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava

ВАВЕЇКА Jozef – PhDr. PhD. Prodekan pre vedu a výskum Katolícka univerzita ,Fakulta zdravotníctva, Ružomberok

КОРОЛЬЧУК Олена – кандидат наук з державного управління, доцент кафедри наук про здоров'я факультету здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

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

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

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

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

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

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

КИРИЧУК Іван – кандидат медичних наук, доцент кафедри «Технології медичної діагностики та лікування. Громадського здоров'я» Житомирського медичного інституту Житомирської обласної ради

ОРГАНІЗАЦІЙНИЙ КОМІТЕТ

СПІВГОЛОВИ:

МИРОНЮК І.С. - доктор медичних наук, професор

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

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

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

КОРОЛЬЧУК Олена – кандидат наук з державного управління, доцент кафедри наук про здоров'я факультету здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

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

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

ПРОГРАМА

II Міжвузівська науково-практична конференція з міжнародною участю «Актуальні питання підготовки та наукової діяльності магістрів галузі знань «Охорона здоров'я»»

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

24.11.2021

09:45 – 10:00 – підключення учасників конференції

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

10:10 – початок пленарного засідання

ПЛЕНАРНЕ ЗАСІДАННЯ

Модератори

Брич Валерія – к. мед. н., доцент кафедри наук про здоров'я;

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

Корольчук Олена – к. н. з держ. управління, доцент кафедри наук про здоров'я.

1. ІННОВАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ НАВЧАННЯ ПРИ ПІДГОТОВЦІ МЕДИЧНИХ ФАХІВЦІВ

Шатило Віктор Йосипович – заслужений лікар України, доктор медичних наук, професор, ректор Житомирського медичного інституту Житомирської обласної ради

Можарівська Антоніна Анатоліївна – кандидат медичних наук, завідувач навчального тренінгового центру, асистент кафедри «Сестринська справа» Житомирського медичного інституту Житомирської обласної ради

2. SOCIÁLNA INTELIGENCIA A EMPATIA AKO VÝZNAMNÉ ATRIBÚTY PRÁCE SESTIER / СОЦІАЛЬНИЙ ІНТЕЛЕКТ І ЕМПАТІЯ, ЯК ВАЖЛИВІ АТРИБУТИ РОБОТИ МЕДСЕСТЕР

Parova Valeria – PhD, Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Bratislava, n. o. Detašované pracovisko bl. P.P. Gojdiča a V. Hoppku Spišská Nová Ves – Prešov

3. ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ ТА ПРОВЕДЕННЯ ІНФЕКЦІЙНОГО КОНТРОЛЮ В МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДАХ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ

Киричук Іван Миколайович – кандидат медичних наук, доцент кафедри «Технології медичної діагностики та лікування. Громадського здоров'я» Житомирського медичного інституту Житомирської обласної ради

4. РОЛЬ ГРОМАДСЬКИХ ОРГАНІЗАЦІЙ В ПРОМОЦІЇ ТА АДВОКАЦІЇ ПРОВЕДЕННЯ ВАКЦИНАЦІЇ НАСЕЛЕННЯ ВІД КОРОНОВІРУСУ COVID-19

Богдан Олександр Володимирович – кандидат медичних наук, асистент кафедри «Технології діагностики і лікування. Громадське здоров'я» Житомирського медичного інституту Житомирської обласної ради

5. MORÁLNA STRÁNKA VAKCINÁCIE PROTI COVID-19 V KONTEXTE PALIATÍVNEJ A SOCIÁLNEJ STAROSTLIVOSTI

Noga Vladimír – Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Bratislava, Detašované pracovisko bl. Metóda Dominika Trčku Michalovce

6. VZŤAH SPÁNKOVEJ DEPRIVÁCIE A VÝKONNOSTI SESTIER

Repaská Eva – Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Bratislava

7. РОЛЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ В ФОРМУВАННІ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ СЕРЕД МОЛОДІ (ПСИХОЛОГІЧНИЙ АСПЕКТ)
Рирак Валерія Валеріївна – студентка магістратури, Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради
8. ДОСЛІДЖЕННЯ ВЕЛИКИХ МОТОРНИХ ФУНКЦІЙ ДІТЕЙ З СПАСТИЧНОЮ ФОРМОЮ ДЦП НА САНАТОРНОМУ ЕТАПІ РЕАБІЛІТАЦІЇ
Шепелла Гретта Лайошовна – студентка магістратури, ДВНЗ «Ужгородський національний університет»
Сабадош Мар'яна Володимирівна – доцент кафедри фізичної реабілітації, ДВНЗ «Ужгородський національний університет»
9. ПРИПИНЕННЯ ПАЛІННЯ ЯК ДОКАЗОВИЙ СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ
Близнюк Зоя Михайлівна – студентка магістратури, Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради
Грищук Сергій Миколайович – кандидат медичних наук, доцент кафедри «Технології медичної діагностики та лікування. Громадського здоров'я» Житомирського медичного інституту Житомирської обласної ради
10. ВПЛИВ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ В ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ, ХВОРИХ НА СКОЛІОЗ І СТУПЕНЯ
Гаснюк Бернадет Василівна – студентка магістратури, ДВНЗ «Ужгородський національний університет».
Сабадош Мар'яна Володимирівна – доцент кафедри фізичної реабілітації, ДВНЗ «Ужгородський національний університет»
11. СТАН ТА ПРИЧИНИ ТРАВМАТИЗМУ В УКРАЇНІ
Парасунько Віталій Володимирович – студент магістратури, Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради
Заблоцька Ольга Сергіївна – доктор педагогічних наук, професор, завідувач кафедри «Лабораторна діагностика» Житомирського медичного інституту Житомирської обласної ради
12. ОСОБЛИВОСТІ КУЛЬТУРИ СТАТЕВОГО ЖИТТЯ ТА ЗБЕРЕЖЕННЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ ЗАЛЕЖНО ВІД СТАТІ
Крись Марія Євстахіївна – студентка магістратури, ДВНЗ «Ужгородський національний університет».
13. ПИТАННЯ ЕПІДЕМІОЛОГІЇ ЗАХВОРЮВАНЬ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ ТА ЇХ ПРОФІЛАКТИКИ В СИСТЕМІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я
Косинська Тетяна Петрівна – студентка магістратури, Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради
14. ВІДНОШЕННЯ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР ДО ПРИСУТНОСТІ БАТЬКІВ ДІТЕЙ-ПАЦІЄНТІВ ВІКОМ ВІД 1 ДО 6 РОКІВ ПРИ НЕСКЛАДНИХ МЕДИЧНИХ МАНІПУЛЯЦІЯХ
Юрченко Марина Валентинівна – студентка магістратури, Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради

СТЕНДОВІ ДОПОВІДІ

15. АНАЛІЗ ЗАХВОРЮВАНОСТІ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 1 ТИПУ СЕРЕД ДІТЕЙ ЖИТОМИРСЬКОЇ ОБЛАСТІ ТА КОМФОРТНОСТІ ПЕРЕБУВАННЯ ЇХ У ШКОЛІ

Андрійчук Лілія Василівна

Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради

16. СОЦІАЛЬНІ ЧИННИКИ ЗБІЛЬШЕННЯ ВІКУ ЖІНОК, ЯКІ НАРОДЖУЮТЬ ВПЕРШЕ

Білик Оксана Василівна

Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради

17. ПІДГОТОВКА МАГІСТРІВ СПЕЦІАЛЬНОСТІ 229 «ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я» ДО РОБОТИ У СФЕРІ ПРОФІЛАКТИКИ УСКЛАДНЕНЬ ТРАВМ ТА УРАЖЕНЬ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ

Брич Валерія Володимирівна

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

18. ПРОФІЛАКТИКА РОЗЛАДІВ ПСИХІКИ І ПОВЕДІНКИ СЕРЕД УЧНІВ ЗАКЛАДІВ ОСВІТИ

Бура Олена Вікторівна

Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради

19. РОЛЬ ФАХІВЦІВ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В ПРОФІЛАКТИЦІ ІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ ГРОМАДИ

Гусар Тетяна Василівна

Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради

20. РОЛЬ МЕДИЧНОГО ПРАЦІВНИКА У ФОРМУВАННІ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ У ДІТЕЙ ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ

Данильчук Олена Олегівна, Шатило Віктор Йосипович

Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради

21. ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКОСТІ ОСВІТНЬОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ПРИ ПІДГОТОВЦІ МАГІСТРІВ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Даровська Людмила Іванівна, Гордійчук Світлана Вікторівна

Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради

22. ФАКТОРИ РИЗИКУ ПОШИРЕНИХ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ СЕРЕД ДОРΟΣЛОГО НАСЕЛЕННЯ

Дідківська Тетяна Володимирівна

Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради

23. ВИКЛАДАННЯ НАВЧАЛЬНИХ КУРСІВ В УМОВАХ ДИСТАНІЙНОГО НАВЧАННЯ

Дуб Мар'яна Михайлівна, Іваниця Світлана Михайлівна

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

24. ОНЛАЙН НАВЧАННЯ У ПЕРІОД ПАНДЕМІЇ COVID-19: ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ

Корольчук Олена Ласлівна

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

25. СУЧАСНІ ДЕЗІНФІКУЮЧІ ЗАСОБИ ТА ЇХ ЗАСТОСУВАННЯ В МЕДИЦИНІ

Коцко Наталія Михайлівна

Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради

26. ЗАСТОСУВАННЯ АНТИБАКТЕРІАЛЬНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ НА ТВАРИННИХ ФЕРМАХ, ЯК ПРИЧИНА ВИНИКНЕННЯ РЕЗИСТЕНТНОСТІ МІКРООРГАНІЗМІВ

Купар Іванна Василівна

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

27. ПРИНЦИПИ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ

Лебеденко Альона Миколаївна, Заблоцька Ольга Сергіївна

Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради

28. ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ОСІБ ПРАЦЕЗДАТНОГО ВІКУ З ОСТЕОХОНДРОЗОМ ШИЙНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА

Лисак Світлана Василівна, Філак Ярослав Феліксович

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

29. ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ КОЛІТ З ГІПОМОТОРНИМ СИНДРОМОМ В УМОВАХ САНАТОРІЇ

Ломага Михайло Михайлович, Філак Фелікс Георгійович

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

30. ДЕМОГРАФІЧНА СИТУАЦІЯ ТА ОЦІНКА РІВНЯ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ ЖИТОМИРСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Лошакова Ірина Сергіївна, Шатило Віктор Йосипович

Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради

31. ОКРЕМІ АСПЕКТИ СТАВЛЕННЯ НАСЕЛЕННЯ ЗАКАРПАТСЬКОЇ ОБЛАСТІ ДО ПРОБЛЕМИ COVID-19 ТА ВАКЦИНАЦІЇ

Маслякевич Анастасія Василівна

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

32. КОМПЛЕКСНЕ ВИКОРИСТАННЯ ЗАСОБІВ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ ПРИ ВИВЧЕННІ ДИСЦИПЛІНИ «ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я З ОСНОВАМИ ЕПІДЕМІОЛОГІЇ» МАГІСТРАМИ СПЕЦІАЛЬНОСТІ 227.1 «ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ»

Миронюк Іван Святославович, Брич Валерія Володимирівна

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

33. СТАН ТРАВМАТИЗМУ СЕРЕД ЗДОБУВАЧІВ ОСВІТИ

Міщук Ігор Миколайович

Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради

34. ТЮТЮНОПАЛІННЯ ЯК МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА ПРОБЛЕМА

Огурцова Лариса Вікторівна, Заблоцька Ольга Сергіївна

Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради

35. АНАЛІЗ КОРЕКЦІЇ СОМАТИЧНОГО ЗДОРОВ'Я І ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ПІДГОТОВЛЕНОСТІ СТУДЕНТОК ХВОРИХ НА НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНУ ДИСТОНІЮ ЗАСОБАМИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ

Попович Світлана Владиславівна, Русин Людмила Петрівна

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

36. КОМПЛЕКСНІ РЕАБІЛІТАЦІЙНІ ЗАХОДИ ДЛЯ ХВОРИХ НА ФУНКЦІОНАЛЬНІ ПОРУШЕННЯ ЖОВЧНОГО МІХУРА НА ПОЛІКЛІНІЧНОМУ ЕТАПІ

Попович Сергій Сергійович, Мелега Ксенія Петрівна

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

37. СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ ФОРМУВАННЯ НАРКОТИЧНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ СЕРЕД ПІДЛІТКІВ

Суботович Іванна Миколаївна, Махновська Ірина Романівна

Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради

38. ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ЖІНОК ПІСЛЯ КОМПЛЕКСНОГО КОМБІНОВАНОГО ЛІКУВАННЯ РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ

Шабат Іванна Петрівна, Русин Людмила Петрівна

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

39. РОЛЬ І МІСЦЕ КОСМЕТОЛОГІЇ В ФОРМУВАННІ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ

Шатило Віктор Йосипович, Драбчук Ольга Леонідівна

Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради

40. МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ЗНАЧЕННЯ ЗАХВОРЮВАНOSTІ І ПРОФІЛАКТИКИ ЗАХВОРЮВАНЬ ЛОР-ОРГАНІВ

Шатило Віктор Йосипович, Конова Дарина Володимирівна

Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради

25.11.2021

ПЛЕНАРНЕ ЗАСІДАННЯ

(дистанційно, через платформу Google Meet)

Модератори

Брич Валерія – к. мед. н., доцент кафедри наук про здоров'я;

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

Корольчук Олена – к. н. з держ. управління, доцент кафедри наук про здоров'я.

10:00 – ОБГОВОРЕННЯ ДОПОВІДЕЙ ПЛЕНАРНОГО ЗАСІДАННЯ ТА СТЕНДОВИХ ДОПОВІДЕЙ. ФОРМУВАННЯ РЕЗОЛЮЦІЇ КОНФЕРЕНЦІЇ

12:00 – ЗАКРИТТЯ КОНФЕРЕНЦІЇ

**ТЕЗИ
УЧАСНИКІВ КОНФЕРЕНЦІЇ**

SOCIÁLNA INTELIGENCIA A EMPATIA AKO VÝZNAMNÉ ATRIBÚTY PRÁCE SESTIER

СОЦІАЛЬНИЙ ІНТЕЛЕКТ І ЕМПАТІЯ, ЯК ВАЖЛИВІ АТРИБУТИ РОБОТИ МЕДСЕСТЕР

Parová Valéria

*Університет охорони здоров'я та соціальної роботи святої Єлизавети
місто Братислава*

*Інститут соціальних наук і охорони здоров'я благословенного Гойдича та
В.Гопки, місто Спішська Нова Весь - Пряшів*

Keywords: empathy, social intelligence, social competence, nurse

Ключові слова: співпереживання, соціальний інтелект, соціальна компетенція, медсестра

Abstrakt (теза)

Sestra pri výkone svojej práce vstupuje do mnohých interpersonálnych vzťahov. Je preto nesmierne dôležité, aby dokázala zvládať častokrát napäté situácie, ktoré si vyžadujú pevný základ sociálnych zručností. Sociálnu inteligenciu ako prvý zadefinoval Thorndike (1920), ktorý ju definuje „ako schopnosť chápať a zvládať iných ľudí a konať múdro v medziľudských vzťahoch.“ Frankovský a Birknerová (2017) upozorňujú, že sociálna inteligencia je identifikovateľná skôr na úrovni praktických zručností, ako na teoretickom vymedzení. V praxi sa stretávame s ľuďmi, ktorí sa vedú dobre orientovať v sociálnom prostredí, vedú dobre, zmysluplne a efektívne vychádzať s ľuďmi, orientovať sa v sociálnych interakciách, ovplyvňovať iných, byť vzorom a motiváciou. Naopak, stretávame aj takých, pre ktorých je sociálny kontakt, komunikácia a interakcia s druhými nepríjemná, znamená to, že títo ľudia nedisponujú takým sociálne inteligentným správaním, ktoré by ich predurčovalo na prácu s ľuďmi. Aby sestra bola schopná zvládať tieto neľahké situácie, v prvom rade musí byť schopná vytvoriť si pozitívny vzťah tak ku pacientovi, ako aj k jeho rodine. Tieto vzťahy sa musia zakladať na vzájomnej úcte, rešpekte, porozumení a dôvere. Predpokladom dosiahnutia tohto konsenzu sú osobnostné predpoklady sestry ako napr. empatia, úprimnosť, rešpektovanie pacienta a jeho rodiny, efektívna komunikácia, úprimnosť a pravdivosť (Bánovčinová, Bubeníková, 2011).

V predmetnej bakalárskej práci sa venujeme sociálnej inteligencii a empatii ako významným atribútom sesterského povolania. Špecifikujeme sociálnu inteligenciu, jej prvky, ako aj postavenie v sociálnom kontexte, definujeme pojem empatia, jej typy ako aj determinanty. V poslednej teoretickej kapitole upozorňujeme na dôležitosť týchto sociálnych kompetencií v práci sestry. Cieľom praktickej časti práce je zistiť a charakterizovať súvislosti medzi atribútmi sociálnej inteligencie a faktormi empatie u sestier. Ďalším cieľom je identifikácia

rozdielov pri posúdení sociálnej inteligencie a empatie medzi sestrami na základe viacerých sociálno-demografických faktorov (vek, vzdelanie, dĺžka praxe).

Údaje od respondentov budeme získavať prostredníctvom štandardizovaných meracích nástrojov MESI (Frankovský, Birknerová, 2014) a DE14 (Tišanská, Kožený, 2012), ktoré budú emitované online formou cez portál LimeSurvey. Získané údaje budú následne spracované a analyzované na základe viacerých matematicko-štatistických metód v programe SPSS. Metódy deskriptívnej štatistiky (smerodajné odchýlka a aritmetický priemer) použijeme pre popis vzorky. Pre spracovanie a interpretáciu ďalších analýz potrebných k naplneniu cieľa predmetnej práce budú použité metódy induktívnej štatistiky (korelačné koeficienty). Výsledky analýz budú spracované a prezentované tabuľkami a grafmi v exceli a v štatistickom programe SPSS 20- Statistical Package for the Social Sciences.

Záver

Predpokladáme, že predmetná práca bude prínosom tak pre sestry v praxi, a rovnako tak môže poukázať na rezervy v oblasti sociálnej inteligencie a empatie, prostredníctvom ktorých bude možné následne riešiť problematiku týchto dôležitých atribútov už na úrovni prípravy budúcich sestier počas štúdia. Týmto atribútom je potrebné venovať náležitú pozornosť, nakoľko dokážu prispieť ku skvalitneniu poskytovania ošetrovateľskej starostlivosti a k spokojnosti pacienta.

Literatúra

BÁNOVČINOVÁ, Ľ., BUBENÍKOVÁ, M. 2011. Empatia v ošetrovateľstve. In Ošetrovateľství a porodní asistencie. Roč.2, č.1. 2011 ISSN 1804-2740.

FRANKOVSKÝ, M. a Z. BIRKNEROVÁ, 2017. *Sociálna inteligencia – významná osobnostná charakteristika manažéra a coping*. Prešov: Bookman, s.r.o. ISBN 978-80-8165-172-4.

FRANKOVSKÝ, M. a Z. BIRKNEROVÁ, 2014. *Rodové diferencie v prejavoch sociálnej, emocionálnej inteligencie a machiavellizmu v manažérskej práci*. Praha: Radix, spol. s.r.o. ISBN 978-80-87573-12-9.

THORNDIKE, E. L. 1920. Intelligence and it's uses. Harper's Magazine, 140, p. 227-235. Toronto, Canada: Multi-Health Systems, Inc.

TIŠANSKÁ, L., KOŽENÝ, J. 2012. Vývoj a psychometrická analýza dotazníku empatie – DE14. [online]. [cit. 2021-10-27]. Dostupné na internete: <http://www.pulib.sk:2139/docview/1019445361/2e07f9675d884aa3pq>

MORÁLNA STRÁNKA VAKCINÁCIE PROTI COVID-19 V KONTEXTE PALIATÍVNEJ A SOCIÁLNEJ STAROSTLIVOSTI

Vladimír NOGA

*Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava, n. o.
Detašované pracovisko bl. Metóda Dominika Trčku Michalovce*

Kľúčové slová: Morálka. Vakcinácia. Covid – 19. Zdravotný a sociálny pracovník. Sociálna starostlivosť. Paliatívna starostlivosť

Keywords: Morality. Vaccination. Covid - 19. Health and social worker. Social care. Palliative care.

Úvod. Celý svet je sužovaný krízou spôsobenou pandémiou vírusu COVID-19. Dôležitým prostriedkom boja proti pandémii je vakcinácia. Ohľadom nej sa však vynárajú rôzne otázky v spojitosti s morálnosťou prípravy a napokon samotnej aplikácie niektorých druhov vakcín.

Morálna reflexie ľudského skutku - vakcinácia konečným užívateľom

Morálna teológia ako veda cirkvi sa zaoberá morálnosťou čiže posudzovaním ľudských skutkov ako dobrých a zlých. Katechizmus katolíckej cirkvi vo svojom 1750. článku uvádza, že morálnosť ľudského činu závisí od týchto základných prvkov:

- *Predmet zvoleného skutku*
- *Úmysel a s ním spojený cieľ*
- *Okolnosti konania*

Na to, aby bol skutok vyhodnotený ako morálne dobrý, musia byť takto vyhodnotené aj všetky tieto tri prvky skutku. Morálne dobrý čin predpokladá, že je dobrý súčasne aj predmet, aj cieľ, aj okolnosti. Pre aplikáciu tohto zásadného morálneho princípu je dôležité povedať, že je potrebné diferencovať a odlíšiť skutok osoby zapojenej do vývoja výroby, distribúcie od skutku. V príspevku budeme predovšetkým vyhodnocovať morálnosť skutku konečného užívateľa.

Predmet skutku možno vnímať aj ako objekt – dobro, ku ktorému smeruje ľudská vôľa uvážene. Je „materiou“ ľudského činu, ktorá môže byť dobrá a zlá. Tvorí mravnú podstatu a význam ľudského činu. Preto na prvom mieste sa skutok rozlišuje podľa predmetu a potom podľa okolností i cieľa samotného (Tondra, 1994).

Za predmet pokladáme vakcináciu. Tento predmet môžeme hodnotiť ako morálne dobrý. Vakcíny sú považované za obrovský nástroj boja s rôznymi infekciami. Pomáhajú zachraňovať množstvo životov a pre ľudstvo sú míľnikom v boji s nákazlivými chorobami. Vakcinácia nebola vždy previazaná s interrupciami. Ani v tomto prípade sa nekoná kvôli podpore interrupcií. Prijatie vakcín u kresťana so sebou musí nutne niesť vnútorný i vonkajší nesúhlas s touto spojitosťou, aby sa tak ani do budúcnosti nepodporovali neetické vakcíny. U výrobcov a distribútorov však ostáva otázkou či v ich prípade, kvalita predmetu skutku, nenapĺňa podstatu zlého skutku.

Úmysel je hnutie vôle k cieľu. Týka sa cieľa konania. Tento prvok skutku už však vnímame ako niečo subjektívne, nakoľko sa na ňom zúčastňuje naša vôľa a rozum, čiže človek – subjekt. Dostávame sa tak na formálnu rovinu morálneho skutku. Samotný cieľ nemôže spôsobiť zmenu či akúsi premenu objektívne zlej činnosti na činnosť dobrú.

Za cieľ skutku pokladáme to, že prostredníctvom vakcinácie chceme zabezpečiť zníženie rizika prenosu smrtiaceho vírusu a zvýšenie kolektívnej imunity svojím zaočkovaním. Ak sa na základe slobodnej vôle rozhodneme prijať vakcínu s týmto cieľom, pokladáme tento cieľ za morálne dobrý a správny.

„Okolnosti vrátane následkov sú druhotné prvky morálneho činu.“ (KKC, čl. 1754).

Okolnosti nemôžu zmeniť morálnu kvalitu vyhodnocovaného skutku. V prípade, že určitý skutok je mravne zlý, okolnosti nemajú tú silu urobiť z takéhoto činu dobrý a spravodlivý skutok. Napriek dobrému predmetu a cieľu majú okolnosti v konečnom dôsledku silu vyhodnotiť skutok ako morálne zlý. A to v prípade, že na dosiahnutie dobrého predmetu s dobrým úmyslom budú použité zlé prostriedky. Ani dobrý cieľ, ani dobrý predmet neospravedlní zlé prostriedky skutku. A tu je morálna dilema, do akej miery možno použiť zlý prostriedok – morálne problematickú vakcínu. Morálne zlou okolnosťou vakcinácie je spolupráca so zjavným zlom, ktorým je nemorálne a zlé dobrovoľné ukončenie počatého života s možným následkom rizika jeho podpory. Interrupcie boli, sú a budú zlom. Interrupcie sú veľkým morálnym zlom. Tu sa znepokojene a oprávnene pýtame ako vyhodnotiť prijatie vakcíny, ako prostriedku, ktorý má domnelú či skutočnú súvislosť s použitím buniek dobrovoľne potratených detí. Z tohto dôvodu považujeme i použitie buniek získaných pri interrupciách k lekárskym a vedeckým účelom za neprípustné. Vakcíny možno vyrábať a testovať bez toho, aby sme nutne potrebovali „materiál“ pochádzajúcich z ľudských plodov. Na takýchto vakcínach sa usilovne pracuje na rôznych miestach sveta. Napriek tomuto faktoru v súčasnosti sú u nás dostupné vakcíny vyvinuté s eticky problematickým „materiálom“ (Česká konferencia biskupov, 2020).

Niektoré morálne zásady spolupráce so zlom

„Treba pripomenúť, že samotné morálne hodnotenie interrupcie sa týka aj nových foriem zákrokov na ľudských embryách, ktoré, i keď majú ciele svojou povahou oprávnené, nevyhnutne vedú k ich usmrteniu. Vzťahuje sa to na pokusy na embryách, ktoré sa čoraz bežnejšie uskutočňujú v rámci biomedicínskych výskumov a v niektorých štátoch ich pripúšťa aj zákon... Používanie ľudských embryí a plodov ako predmetov pokusu je prečinom proti ich dôstojnosti ako ľudských osôb, ktoré majú právo na takú istú úctu ako už narodené dieťa a ako každý iný človek.“ (Dignitas personae, 2008, čl. 34). Takáto forma experimentovania predstavuje vždy závažný morálny priestupok. Preto sú vakcíny spojené s odobratými tkanivami plodov morálnym problémom. Je potrebné formulovať stanovisko tejto otázke väzby vakcín a interrupcií. Pápežská akadémia pre život vo svojej note z roku 2005 prináša reflexiu zásady spolupráce so zlom.

Vedci a výskumníci z celého sveta za krátky čas vynaložili enormné úsilie vyvinúť účinnú vakcínu proti COVID -19. Toto úsilie je veľmi cenné a prospešné pre spoločnosť. Avšak nemožno ignorovať pochybnosti o etickosti ich vývoja, prípravy a testovania. V priestore Európskej únie sa uvažuje o použití celkom siedmych vakcín. Vakcína ako CureVac nemá žiadnu spojitosť s bunkami potratených plodov. Vakcíny ako AstraZeneca, Janssen Pharmaceutica NV pri vývoji a výrobe uplatnili použitie týchto buniek. V ostatných prípadoch BioNtech-Pfizer, Moderna, NovaVax, sa na týchto bunkách testovala účinnosť výslednej vakcíny a spôsob ich vývoja a výroby nebol inak morálne problematický. Nie všetky vakcíny sú z morálneho hľadiska rovnocenné (Česká konferencia biskupov, 2020).

Na Slovensku sa zatiaľ používajú vakcíny schválené Európskou agentúrou pre lieky.¹ Tá zatiaľ schválila a registrovala vakcíny od spoločnosti BioNtech-Pfizer, Moderna a vakcínu od spoločnosti AstraZeneca. Samozrejme v procese schvaľovania sú i ďalšie a to i morálne neproblematická vakcína od spoločnosti CureVac. Doteraz sme v situácii, kedy na Slovensku niet inej alternatívy voči registrovaným a distribuovaným vakcínam.

Zdravotný a sociálny personál si vzhľadom na to, že pracuje s najohrozenejšou časťou populácie, nemôže dovoliť viac čakať a preto je dôležité rozhodnúť sa v otázke vakcinácie. Preto cirkev ponúka analýzu okolností spolupráce so zlom. V prvom rade treba poukázať na rozdiel medzi formálnou a materiálnou spolupracou. **Formálna spolupráca** s hriechom sa realizuje, keď spolupracujeme s nemorálnym konaním inej osoby a zúčastňuje i na zlom úmysle druhého. Formálna spolupráca je vždy nemorálna, pretože predstavuje formu priamej účasti a úmysle hriešneho konania inej osoby. Tá je z morálneho hľadiska neprípustná. **Materiálna spolupráca** je keď spolupracuje s konaním inej osoby, ktorá koná nemorálne, avšak nezdieľame jeho zlý úmysel. Materiálnu spoluprácu potom delíme na **priamu**, čiže priama účasť na skutku a **nepriamu**, kedy poskytujeme osobe vykonávajúcej skutok nejaké prostriedky, či akúkoľvek formu pomoci. Formu skutku môžeme ďalej rozlíšiť i na základe **blízkej spolupráce** a **vzdialenej spolupráce** a to už z hľadiska časového priestoru alebo reálneho spojenia medzi činom spolupráce a hriešnym činom spáchaným niekým iným (Pápežská akadémia života, 2005).

Zdravotní a sociálni pracovníci ako koneční užívatelia vakcíny

Vírus spôsobil globálnu pandémiu a viedol k obrovským stratám na životoch, ale tiež veľmi zaťažil zdravotnícky systém a ich pracovníkov. Každý z nás je povinný chrániť seba i ostatných pred infekciou. Najúčinnjším spôsobom, ako to dosiahnuť, je vakcína alebo izolácia (Moth, 2020).

¹ Európska agentúra pre lieky (EMA) zriadila špeciálne pracovné skupiny na riešenie vedeckých, regulačných a prevádzkových problémov, ktoré vyvolala pandémia COVID-19. Cieľom týchto opatrení je zabezpečiť kľúčové činnosti agentúry súvisiace s hodnotením a dohľadom nad liekmi počas pandémie a účelovo viazané zdroje týkajúce sa vírusu COVID-19. Cieľom agentúry EMA je urýchliť vývoj účinných opatrení na boj a zabránenie šíreniu vírusu COVID-19. To zahŕňa preskúmanie spôsobov na **urýchlenie vývoja vakcín a liečby**.

Nakoľko u zdravotných a sociálnych pracovníkov nie je z povahy povolania možná ich izolácia, tak jedinou cestou ochrany je očkovanie, čím sa stávajú konečným užívateľom vakcíny. Konečný užívateľ, ale aj lekár, či zdravotník užitím i podaním neetickej vakcíny zo zdravotných dôvodov, vytvára spoluprácu so zlom. Keď sa však dištancuje od formálnej spolupráce, prijatie takejto vakcíny je potom hodnotená ako **materiálna, nepriama, veľmi vzdialená a pasívna spolupráca a teda morálne prípustná, ak niet inej alternatívy**. V situácii, keď niet alternatív a šíri sa v populácii smrtiaci vírus, možno použiť tieto morálne problematické očkovacie látky. Tu však máme záväzok vyhybať sa materiálnej spolupráci. Prípustné je očkovanie i z dôvodu nedostatočnej zaočkovanosti populácie (Pápežská akadémia pre život, 2005).

V konečnom dôsledku akadémia v roku 2017 zhodnotila, že technické charakteristiky výroby vakcín vedú k **vylúčeniu morálne relevantnej spolupráce medzi tými, ktorí tieto vakcíny dnes používajú a praxou dobrovoľných potratov z minulosti**. Preto vyjadrila domnienku, že všetky klinicky odporúčané očkovania je možné používať s čistým svedomím a zároveň, že použitie týchto vakcín neznamenaá nejakú spoluprácu s dobrovoľnými potratmi. Samozrejým ostáva záväzok zabezpečiť, aby vakcíny nemali nijakú súvislosť s interrupciami (Pápežská akadémia pre život, 2017).

Zároveň všetko musíme jasne povedať, že **vakcinácia nie je morálnou povinnosťou** a preto musí byť dobrovoľná. Nemôže v spoločnosti dochádzať k diskriminácii tých, ktorí sa rozhodli neprijatť vakcínu. Pápež Pavol IV. pri jednej príležitosti o človeku povedal: *„Nemožno uvažovať len v čiastočných perspektívach či už biologických, psychologických. [...] Je nutné brať do úvahy celého človeka a celé jeho poslanie, ku ktorému je povoláný, teda tiež z hľadiska nadprirodzeného a večného”* (Česká konferencia biskupov, 2020).

Cirkev odporúča prijatť vakcínu ako takú. V situácii, kedy niet alternatívy voči morálne problematickým vakcínam ubezpečuje, že aj tieto vakcíny možno prijatť s čistým svedomím. Napriek tomu je potrebné, aby zdravotník a sociálny pracovník bral pri rozhodovaní do úvahy **i zdravotné kontraindikácie, či životné okolnosti**. Je v konečnom dôsledku na konkrétnom človeku, aby sa po konzultácii so svojim lekárom, ktorý pozná jeho zdravotný stav, čo najlepšie rozhodol podľa svojho svedomia a vedomia.

Vakcinácia klientov a pacientov v rámci sociálnej a paliatívnej starostlivosti

Individuálny prístup ku klientovi je jedna z najdôležitejších požiadaviek etického kódexu sociálnej práce. Každý človek je originálnou ľudskou bytosťou zasluhujúcou si, aby sa k nej pristupovali individuálne. Často sa môže pracovník dostať do dilemy a to i v prípade vakcinácie klienta, či pacienta. Vtedy je potrebné riadiť sa jednak svedomím i všeobecnými etickými požiadavkami a princípmi etického kódexu. Každý je schopný konať podľa vlastných volieb a túžob a robiť rozhodnutia, ak to dovoľuje stav človeka. Princíp individualizácie je potrebné chápať ako uznanie unikátnych kvalít každého užívateľa, založený na práve ľudských bytostí. Rozhodnutia ovplyvňuje i kontext situácie, v ktorej sa klient

nachádza. To znamená, že zahŕňa konkrétne vzťahy a zodpovednosť ľudí, ktorí s klientom zdieľajú životnú situáciu (Levická, 2014).

Zvereným pacientom a klientom v starostlivosti možno aplikovať vakcínu, **ak s tým výslovne súhlasia**. V niektorých prípadoch, ak pacient, či klient nie je schopný prijať takéto rozhodnutie, rozhodnú v jeho mene najbližší príbuzní. Samotné očkovanie nesmie prebiehať bez predchádzajúceho medicínskeho posúdenia, vo vzťahu k možným rizikám a nežiadúcim účinkom vo všeobecnosti, ako aj vo vzťahu ku konkrétnemu pacientovi i klientovi. Je výsostne odbornou, medicínskou a epidemiologickou záležitosťou, aby **zhodnotili fragilitu pacienta a kontraindikácie podania vakcíny**. Cirkev vysoko oceňuje zodpovednú prácu a kvalifikovaný prístup lekárov a ďalších odborníkov, ktorí zabezpečujú potrebné odborné a rozhodovacie činnosti pri zabezpečení prípravy a realizácie vakcinácie. Výsledky tohto programu, dosiahnuté na Slovensku v priebehu uplynulých desaťročí, osobitne v období po druhej svetovej vojne až po naše časy, sú právom považované za jeden z najväčších úspechov našej medicíny a organizácie zdravotnej starostlivosti, a to aj v medzinárodnom meradle (Sečka, 2013).

V paliatívnej starostlivosti je povinné zabezpečiť každému bežnú terapiu, spočívajúcu vo vyživovaní a podávaní tekutín. Sú to riadne prostriedky starostlivosti pre zachovanie života. V otázke vakcinácie klientov v paliatívnej starostlivosti je potrebné rozhodovať sa na základe morálnych možností zrieknutia sa úpornej terapie, alebo na základe adekvátnosti použitia mimoriadnych prostriedkov na udržanie života. Posudzujú možné zrieknutie sa určitých lekárskeho zásahov, v tomto prípade očkovania, ktoré by boli podľa nich prestali byť primerané reálnej situácii chorého človeka, alebo príliš zaťažujúce pre samého chorého, alebo jeho príbuzných. Ak je smrť pacienta neodvratná, je možné v zhode so svedomím zrieknuť sa zákrokov (eventuálne vakcíny), ktoré by iba dočasne predlžovali život (Petro a kol., 2012).

Záver

Cirkev svojimi stanoviskami berie do úvahy univerzálne platné etické princípy a zásady. Jej rozhodnutia nie sú len bilanciou plusov a mínusov vakcinácie, či ziskov a strát, ktorou určujúcim prvkom je iba konečná užitočnosť. Tento postoj cirkvi je odpoveďou na možnosti rozhodnutia sa v tejto neľahkej dobe pandémie.

My, kresťania sme svedkami nádeje v moc Kristovho vzkriesenia. Preto tak ako nás vyzývajú i biskupi Česka k spoznaniu, že najvyššia hodnota v živote je spása človeka, ktorý môže nájsť útechu v Eucharistii, vo sviatosti zmierenia i pomazania chorých. Takto budeme kedykoľvek pripravení stretnúť sa tvárou v tvár s tým, ktorý porazil smrť a máme nádej, že porazí i smrtiaci vírus, ktorý sužuje tento svet.

Zoznam použitej literatúry

ČESKÁ KONFERENCIA BISKUPOV, 2020. *Stanovisko české konference k očkování proti Covid-19* [online]. Olomouc: ČBK [cit. 2021-01-26]. Dostupné z : <https://www.cirkev.cz/cs/aktuality/201222stanovisko-ceske-biskupske-konference-k-ockovani-proti-covid-19>

JÁN PAVOL II. 2014. *Evangelium vitae*, Trnava: SSV, 982 s. ISBN 9788071610509.

KATECHIZMUS KATOLÍCKEJ CIRKVI. 2007. (5.vydanie) Trnava: SSV, 918 s. ISBN 978-80-7162-657-2.

KOMISIA BISKUPSKÝCH KONFERENCIÍ EUROPSKEJ ÚNIE, 2020. *Comece on Covid – 19 vaccines: “vulnerable people and health workers should come first”* [online]. [cit. 2021-01-26]. Dostupné z: <http://www.comece.eu/comece-on-covid-19-vaccines-vulnerable-people-and-health-workers-should-come-first>

KONFERENCIA BISKUPOV SLOVENSKA, 2020. *Stanovisko Konferencie biskupov Slovenska k očkovaníu proti COVID-19* [online]. Bratislava: KBS [cit. 2021-01-26]. Dostupné z: <https://www.tkkbs.sk/view.php?cisloclanku=20201208009>.

KONFERENCIA BISKUPOV USA, 2020. *Memorandum*. [online]. [cit. 2021-01-26]. Dostupné z: <https://www.usccb.org/resources/memo-to-bishops-on-vaccines-for-covid-19.pdf>.

KONGREGÁCIA PRE NÁUKY VIERY, 2008. *Dignitas personae* [online]. Vatikán: Kongregácia pre náuky viery [cit. 2021-01-26]. Dostupné z: <https://kbs.sk/obsah/sekcia/h/dokumenty-a-vyhlasenia/p/dokumenty-vatikanskych-uradov/c/instrukcia-dignitatis-personae>.

KONGREGÁCIA PRE NÁUKY VIERY, 2020. *Nóta o morálnosti použitia niektorých vakcín proti COVID-19* [online]. Vatikán: Kongregácia pre náuky viery [cit. 2021-01-26]. Dostupné z: <https://www.kbs.sk/obsah/sekcia/h/dokumenty-a-vyhlasenia/p/dokumenty-vatikanskych-uradov/c/nota-o-moralnosti-pouzitia-niektorých-vakcín-proti-covid-19-vatikanskych-uradov/c/instrukcia-donum-vitae>.

LEVICKÁ, J. 2014. (1. vydanie) *Etika sociálnej práce*. Hradec Králové: Gaudeamus, ISBN 978-80-7435-403-8.

MOTH, R., 2020. *Bishops issue updated statement on COVID-19 and vaccination* [online]. Katolícka konferencia biskupov Anglicka a Walesu [cit. 2021-01-26]. Dostupné z: <https://www.cbcew.org.uk/bishops-issue-updated-statement-on-covid-19-and-vaccination/>

PÁPEŽ FRANTIŠEK, 2020 a. *Discorso del santo padre Francesco ai membri della fondazione “Banco farmaceutico”* [online]. Vatikán [cit. 2021-01-26]. Dostupné z: http://www.vatican.va/content/francesco/en/speeches/2020/september/documents/papa-francesco_20200919_banco-farmaceutico.html.

PÁPEŽ FRANTIŠEK, 2020 b. *Videomessaggio del santo padre Francesco in occasione della 75.ma sessione dell'assemblea generale delle nazioni unite* [online]. Vatikán [cit. 2021-01-26]. Dostupné z: zdroj. http://www.vatican.va/content/francesco/en/messages/pont-messages/2020/documents/papa-francesco_20200925_videomessaggio-onu.html

PÁPEŽSKÁ AKADÉMIA PRE ŽIVOT, 2005. *Riflessioni morali sui vaccini preparati da cellule derivate da feti umani abortiti* [online]. Vatikán: Pápežská akadémia pre život [cit. 2021-01-26]. Dostupné z: <https://www.pro->

memoria.info/wp/wp-content/uploads/Riflessioni-morali-sui-vaccini-preparati-da-cellule-derivate-da-feti-umani-abortiti-PAV-09-06-2005.pdf

PÁPEŽSKÁ AKADÉMIA PRE ŽIVOT, 2017. *Note on Italian vaccine issue* [online]. Vatikán: Pápežská akadémia pre život [cit. 2021-01-26]. Dostupné z : <http://www.academyforlife.va/content/pav/en/the-academy/activity-academy/note-vaccini.html>

PETRO, M. a kol., 2012. *Dekalóg IV.-X.* Prešov: GTF, 244 s. ISBN 978-80-555-0518-3.

SEČKA, S., 2013. *Stanovisko Subkomisie pre bioetiku Teologickej komisie Konferencie biskupov Slovenska k niektorým etickým aspektom povinného očkovania* [online]. Štrbské Pleso: KBS [cit. 2021-01-26]. Dostupné z : <https://www.kbs.sk/obsah/sekcia/h/dokumenty-a-vyhlasenia/p/dokumenty-komisii-a-rad-kbs/c/stanovisko-k-niektorým-etickým-aspektom-povinného-ockovania>.

TONDRA, F. 1994. (1.vydanie) *Morálna teológia. Časť I.: Princípy* Spišská Kapitula: Kňazský seminár biskupa Jána Vojtáššáka, 278 s. ISBN 8071420239.

VZŤAH SPÁNKOVEJ DEPRIVÁCIE A VÝKONNOSTI SESTIER ЗВ'ЯЗОК МІЖ НЕДОСИПАННЯМ І ПРОДУКТИВНІСТЮ МЕДСЕСТЕР

Repaská Eva

*Університет охорони здоров'я та соціальної роботи святої Єлизавети
місто Братислава*

*Інститут соціальних наук і охорони здоров'я благословенного Гойдича та
В.Гопки
місто Спішська Нова Весь - Пряшів*

Keywords: sleep deprivation, sleep, exercise, performance

Ключові слова: недосипання, сон, вправи, продуктивність

Abstrakt (теза). Práca sestry je náročná tak po fyzickej ako aj po psychickej stránke. Spánok teda predstavuje jeden z najdôležitejších spôsobov relaxácie, oddychu a načerpania síl. Nedostatok spánku sa vo veľmi veľkej miere podpisuje na fungovaní v práci a teda na celkovej výkonnosti. Spánková deprivácia sa podpisuje aj na komunikačných schopnostiach sestry. Čím je spánková deprivácia väčšia, tým narastajú aj problémy v oblasti komunikácie. Sestra môže mať problém nájsť vhodné slová, prípadne správne interpretovať čo povedali alebo napísali iní. To môže viesť k nesprávnemu posúdeniu situácie sestrou, čo sa odzrkadlí vyhýbaním sa komunikácie alebo neadekvátnou komunikáciou (Caruso, Hitchcock, 2010). Autori Scott, Arslanian-Engoren, Engoren (2014) v nadväznosti na vyššie spomínané skutočnosti upozorňujú, že spánková deprivácia sestier je príčinou chýb v liečbe, nedbanlivosti starostlivosti o pacienta, ako aj výskytu úrazov. V bakalárskej práci sa venujeme spánku, jeho typom, ako aj determinantom. V druhej kapitole definujeme pracovný výkon a výkonnosť, pracovnú a výkonovú motiváciu. V poslednej teoretickej časti práce analyzujeme vplyv spánkovej deprivácie na výkonnosť sestier.

Cieľom práce je zistiť výskyt spánkovej deprivácie u sestier pracujúcich v zdravotníckych zariadeniach a jej vplyv na výkonnosť sestier. Ďalej chceme zistiť vzťah medzi spánkovou depriváciou a výkonnosťou sestier, spokojnosť sestier s ich spánkom a intenzitu spánkovej deprivácie. Výskum bude realizovaný dotazníkovou metódou. Dotazníky budú sestram emitované prostredníctvom online dotazníkového portálu za pomoci databázy SKSaPAV práci použijeme štandardizované meracie nástroje: **Index pracovnej schopnosti (IPS, Work Ability Index (WAI)** (Tuomi et al., 1998) je nástroj na zameraný na zisťovanie pracovnej schopnosti zamestnancov. Jeho obsah tvorí 7 sekcií zameraných na hodnotenie: súčasnej a budúcej pracovnej schopnosti; počtu diagnostikovaných ochorení, počtu dní práceneschopnosti za posledný rok; predpokladaného zníženia pracovnej schopnosti na základe choroby; duševných zdrojov. K vyhodnoteniu dotazníka slúži vyhodnocovací kľúč. Skóre je od minimálne 7 do maximálne 49 a následne je kategorizované. **Bergenská škála** - Obsahom Bergenskej škály

insomnie (BSI) (Pallesen et al., 2008) je šesť otázok, orientovaných na spánok a únavu. Respondenti krúžkujú na 8-položkovej Likertovej škále od 0 do 7 tú možnosť (počet dní počas týždňa), ktorá najlepšie vystihuje ich spánok. Položka 0 predstavuje žiadny deň v priebehu týždňa, položka 7 znamená každý deň v priebehu týždňa. Celkové skóre BSI sa získava súčtom odpovedí zo všetkých položiek. Celkové skóre sa pohybuje v rozmedzí 0 – 42. BSI je validný a reliabilný nástroj. Výsledky výskumu budú následne spracované v exceli a v štatistickom programe SPSS 20- Statistical Package for the Social Sciences. Budú použité štatistické metódy deskriptívnej a induktívnej štatistiky (absolútny počet, percentá, aritmetický priemer, smerodajná odchýlka, minimálne a maximálne hodnoty, Pearsonov korelačný koeficient).

Záver. Pracujem ako sestra už 20 rokov. Počas svojej dlhoročnej praxe som bojovala s mnohými problémami či už v pracovnom alebo osobnom živote. Jedným z mnohých ale veľmi dôležitých problémov bola a je spánková deprivácia. Je to fenomén sesterského povolania, ktorý determinuje mnohé oblasti či už pracovného, osobného alebo spoločenského života sestier. Spánková deprivácia je problémom siahajúcim do širších spoločenských vrstiev, a preto je potrebné jej venovať náležitú pozornosť. To bol aj dôvod výberu témy záverečnej práce, ktorou chceme poukázať na aktuálnosť a veľkú potrebu a venovať tejto oblasti.

Literatúra

Scott LD, Arslanian-Engoren C, Engoren MC. Association of sleep and fatigue with decision regret among critical care nurses. *American Journal of Critical Care*. 2014. vol. 23, no. 1. Pp 13-22. ISSN 1937-710X.

Caruso CC, Hitchcock EM. Strategies for nurses to prevent sleep-related injuries and errors. *Rehabilitation Nursing Journal (RNJ)*. 2010. vol. 35. no. 5. Pp 192-197. ISSN 2048-7940.

Pallesen, S. et al. A NEW SCALE FOR MEASURING INSOMNIA: THE BERGEN INSOMNIA SCALE. In *Perceptual and Motor Skills*. [online]. 2008. Doi: 10.2466/PMS.107J.691 -706

Tuomi K, Ilmarinen J, Jahkola A, Katajarinne L, Tulkki A. *Work Ability Index*. 2nd ed. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health; 1998.

АНАЛІЗ ЗАХВОРЮВАНОСТІ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 1 ТИПУ СЕРЕД ДІТЕЙ ЖИТОМИРСЬКОЇ ОБЛАСТІ ТА КОМФОРТНОСТІ ПЕРЕБУВАННЯ ЇХ У ШКОЛІ

Андрійчук Л.В.

Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради

Ключові слова: цукровий діабет 1 типу, булінг, шкільне середовище.

Актуальність проблеми. Цукровий діабет (ЦД) 1 типу залишається однією з найважливіших медико-соціальних проблем через значну поширеність та високий рівень інвалідизації хворих. Щорічно в Україні та в Житомирській області зокрема зростає кількість хворих на цукровий діабет I типу. Більшість пацієнтів це діти шкільного віку, яким необхідно адаптуватися до подальшого життя з цією хворобою, сформувати власну систему поглядів на здоровий спосіб життя.

Мета дослідження. Вивчити чинники шкільного середовища, що впливають на стан здоров'я дітей з ЦД I типу під час навчання школах Житомирської області.

Матеріали та методи. Вивчено та проаналізовано статистичні звіти закладів охорони здоров'я на обласному рівні та дані опитування батьків, діти яких хворі на ЦД 1 типу. При проведенні дослідження були використані бібліосемантичний, медико-статистичний та соціологічний методи.

Результати дослідження. За даними Житомирської обласної дитячої лікарні з 2019 по 10.10.2022р було зареєстровано 140 дітей вперше виявленим ЦД 1 типу. Динаміка захворюваності на цукровий діабет 1 типу дитячого населення у Житомирській області наведена на рис. 1.

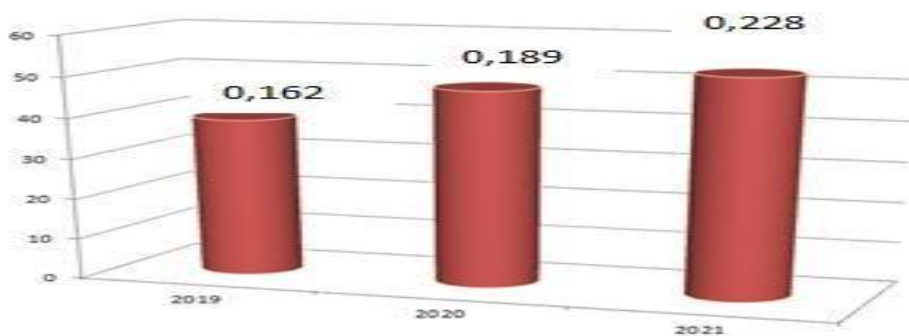


Рис. 1. Динаміка захворюваності на цукровий діабет 1 типу дитячого населення у Житомирській області (на 1000 дітей)

Як видно на рис. 1 захворюваність цукровим діабетом 1 типу серед дитячого населення в Житомирській області зростає з 0,162 на 1000 дітей у 2019 р. до 0,189 на 1000 дітей у 2020 р. і продовжується тенденція до зростання у 2021 р.

Діти з діабетом 1 типу відчувають труднощі досягнення та підтримки цільового глікемічного контролю через поєднання впливу таких факторів,

як ситуація в родині, тривалість діабету, стать та вік хворого, діабет-зумовлені конфлікти, афективні розлади, порушення харчування, застосування сучасних технологій у лікуванні, взаємовідносини з однолітками. Батьки не завжди можуть створити для дитини сприятливу соціально-психологічну атмосферу вдома. Це підсилює у підлітка відчуття своєї неповноцінності в порівнянні з однолітками.

Однією з проблем із якою стикаються такі діти – це середовище школи. За результатами анкетування батьків, діти яких з діагнозом «цукровий діабет 1 типу» повернулися до навчання в школі встановлено що 18.7% батьків визнали, що у їх дітей були ситуації булінга зі сторони однокласників пов'язані з необхідністю проведення вимірювання рівня цукру в крові та ін'єкції інсуліну, 24% опитаних вказали, що вчителі не дозволяли дитині за необхідності зробити ін'єкцію інсуліну в класі, 27% батьків вказали, що при погіршення стану здоров'я дитини в разі гіпоглікемії, вчителі вимагали від дітей покинути класну кімнату, наражаючи їх на небезпеку гіпоглікемічної коми; 65,4% батьків визнали, що після постановки діагнозу ЦД 1 у їхньої дитини стосунки з однокласниками не змінилися, 14% батьків стверджують, що відносини стали кращі, 20,6% батьків переконані, що їхній дитині некомфортно перебувати серед однокласників, 97,2% батьків узгодили питання ЦД їхньої дитини з викладачами, але лише 49,5% надають реальну допомогу в разі гіпоглікемії.

Несприятливий вплив чинників шкільного середовища на здоров'я дітей з цукровим діабетом 1 типу потребує комплексного вирішення проблеми із залученням батьків та педагогічних працівників з метою створення комфортного шкільного середовища для такої групи дітей.

Висновки.

1. В ході проведеного дослідження встановлено тенденцію до зростання захворюваності дитячого населення Житомирської області на ЦД 1 типу.

2. Несприятливий соціально-психологічний клімат в якому перебуває дитина з ЦД 1 типу призводить до порушень харчової поведінки та погіршення стану здоров'я.

3. Необхідно розробити алгоритм дій педагогічних працівників направлений на ознайомлення з ознаками гіпоглікемічного стану у школярів, правилами надання першої допомоги в таких випадках та формування сприятливого психологічного клімату в шкільному середовищі.

Література

1. Будрейко О.А. Цукровий діабет у дітей: проблемні питання медичного супроводу та роль терапевтичного навчання. URL: <https://health-ua.com/article/5476-tcukrovij-dabet-u-dtej-problemn-pitannya-medichnogo-suprovodu-ta-rol-terape>

2. Гасанова Лейла. Діти з цукровим діабетом: психологічні особливості та поради батькам. URL: <https://healthcenter.od.ua/2020/11/16/dity-z-czukrovym-diabetom-psyhologichni-osoblyvosti-ta-porady-batkam/>

СОЦІАЛЬНІ ЧИННИКИ ЗБІЛЬШЕННЯ ВІКУ ЖІНОК, ЯКІ НАРОДЖУЮТЬ ВПЕРШЕ

Білик О. В.

Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради

Ключові слова: народжуваність, репродуктивна поведінка, вік матері при народженні дитини, відкладання народження, соціальні фактори.

Key words: fertility, reproductive behavior, mother's age at childbirth, delayed birth, social factors.

Актуальність проблеми. На народжуваність – один із основних демографічних процесів, що зумовлюють відтворення населення, впливає багато чинників, або так званих, непрямих детермінант - соціальних, економічних, культурних, екологічних. Рівень народжуваності представляє реалізовану дітородну активність населення з втіленням усієї сукупності умов його життєдіяльності. Специфіка цього демографічного індикатора полягає в його значній залежності від якісних характеристик населення (здоров'я, освітнього рівня, професійного складу) та факторів інституціонального характеру (традицій, цінностей, норм способу життя) [3].

Найбільш сприятливим для народження першої дитини вважається віковий період від 20 до 30 років. Процес зміщення віку материнства на старший вік пов'язують зі змінами у соціально-економічній сфері. В європейських країнах середній вік народження першої дитини для жінок продовжує зростати (в середньому 29,5 років). Вважається, що підвищення середнього віку матері при народженні дитини в Україні почалося на два десятиліття пізніше, ніж у країнах Європи. Україна має найнижчі його значення серед європейських держав, незважаючи на значне зростання показника - для умовних поколінь з 24,5 років (всі черговості народження) в 1996 р. до 27,4 років в 2016 р. Вік народження першої дитини у сільській місцевості в середньому на 1,7 років раніше, ніж у містах.

Метод демографічного аналізу відкладених народжень, розроблений Т. Сobotкою, К. Земаном, Р. Лестаге, Т. Фрейкою, вивчає відкладення та надолуження народжуваності, як сукупних понять, які нехтують індивідуальною мотивацією та причинами відкладання народження дитини на старший вік [2].

Питання демографічної поведінки молоді, особливостей феномену пізнього материнства, зміни віку дітонародження вивчали С. Ю. Аксьонова, І. О. Курило, В. С. Стешенко, В. П. Думанська.

На думку В. Н. Архангельського, О. Н. Калачикової, пізніше народжують жінки, які мають вищу освіту, роботу, високу зарплату і проживають у великих містах. Диплом про вищу освіту відкладає народження дитини на 3-4 роки, наявність роботи - на 2-3 роки. Є дані про те, що величина заробітної

плати також відсуває народження дитини. Відкладання жінкою народження дитини на один рік збільшує її досвід роботи на 6%, а доходи на 9% [3].

Відповідно до рекомендації Міжнародної федерації гінекології і акушерства (FIGO), жінка, будучи вагітною вперше у віці 35 років і більше, вважається «первісткою старшого віку», і породілля у віці 35 років і старше на момент пологів теж вважається «віковою первісткою». Частота цієї групи жінок в різних регіонах коливається від 2,75 до 22% від кількості всіх породілля. Перебіг гестаційного процесу залежить від багатьох факторів, серед яких велике значення має вік. До сих пір немає єдиної думки про те, чи є вік жінки старше 40 років фактором ризику. Більшість авторів вказують, що вагітність у жінок старше 40 років протікає патологічно, а пологи супроводжуються низкою важких ускладнень як для матері, так і для дитини [5].

В сьогоденні надзвичайно тісно переплетені суспільні та суто демографічні процеси, тому практично неможливо точно встановити що було причиною, а що стало її наслідком. Основними цінностями сучасного покоління є глобальна інформованість, можливість вибору, відмова сліпо слідувати приписам, технічна грамотність, індивідуалізм, прагнення навчатися протягом усього життя, неформальність поглядів і сприйняття багатоваріантності, пошук емоцій і страху, прагматизм, надія на себе, статева рівноправність. Такими цінностями створено фундамент і для підвищення освітнього рівня, і для професійного зростання і самореалізації через побудову кар'єри, і для стремління спочатку створити необхідні умови, а вже потім народжувати і виховувати дітей [4].

Що ж все-таки штовхає жінку відкладати народження дитини на індивідуальному рівні? В цілому, рішення жінки про заміжжя, народження дітей, освіту та кар'єру взаємопов'язані, на ці рішення впливають однакові характеристики жінок. Ще в юнацтві жінка визначається, чи хоче вона бути домогосподаркою і рости дітей або здобувати вищу освіту і будувати кар'єру. Ці два типи жінок можуть відрізнятися за багатьма параметрами, в тому числі і за репродуктивними намірами.

Мета дослідження – здійснити аналіз соціальних чинників збільшення віку жінок, які народжують вперше.

Матеріали та методи. Проведене соціологічне дослідження репродуктивної поведінки серед жінок м. Житомира. Форма опитування – анкетування. Об'єм вибірки – 100 респонденток в репродуктивному віці. Питання анкети дозволили здійснити аналіз репродуктивної поведінки та соціально-демографічних характеристик респонденток: життєвих цінностей, шлюбних установок, сімейного стану, рівня інформованості і грамотності в питаннях контрацепції та репродуктивного здоров'я, матеріального і житлового забезпечення, освіти, роду занять, віку.

Методи дослідження: бібліосемантичний, соціологічний, метод системного аналізу.

Результати дослідження. Основними факторами переходу до більш пізнього материнства (тобто підвищення середнього віку матері при

народженні дитини) вважаються поширення освіти, підвищення рівня зайнятості жінок, економічну невизначеність і нестабільні форми зайнятості, низьку доступність і високі витрати на житло, відкладення і нестабільність шлюбів, а також цінності індивідуального характеру (схвалення добровільної бездітності) [1].

Для жінок, які народили первістка у віці 30 років і старше, відносно більш значимими є отримання освіти, постійне підвищення кваліфікації, незалежність, наявність однієї дитини; менш важливим є жити своєю сім'єю в зареєстрованому шлюбі, мати трьох дітей. Вік при народженні дітей залежить також від віку першого заміжжя. У жінок, що вийшли заміж в більш пізньому віці, частіше відбувається відкладання народження.

В сьогоденні цінності щодо сім'ї в суспільстві змінилися, в Україні поширені західні традиції, де жінка орієнтована не тільки на сім'ю, а й на кар'єру. Є всі підстави вважати, що жінки, які мають вищу освіту і хорошу роботу, не встигають реалізувати свої репродуктивні плани.

Держава може стимулювати народжуваність, реформуючи ринок праці і створюючи більш гнучкі умови роботи для жінок. Курс підтримки народжуваності необхідно переорієнтувати з матеріальних заходів на заходи, що сприяють поєднанню батьківства і зайнятості.

Висновки. Відкладання перших народжень залишає менше можливостей для народження дітей більших черговостей, впливає на число народжень і тому негативно впливає на процес відтворення населення. В зростанні масштабів відкладання народжень відіграють роль економічні фактори (рівень добробуту) та соціокультурні фактори (трансформація системи норм та цінностей, сімейних відносин, підвищення рівня освіти).

Література

1. Аксьонова С. Ю. Середній вік матері при народженні дитини: чи можлива реверсія? *Демографія та соціальна економіка*. 2018. № 2 (33). С. 53-66.

2. Аксьонова С. Ю., Курило І. О. Відкладання народжень в Україні крізь призму реальних поколінь жінок. *Демографія та соціальна економіка*. 2018. N 3. С. 11-25.

3. Архангельский В. Н., Калачикова О. Н. Возраст матери при рождении первого ребенка: динамика, региональные различия, детерминация. *Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз*. 2020. Т. 13, № 5. С. 200-213.

4. Народжуваність в Україні: аналіз детермінант. Рингач Н. О. *Громадське здоров'я як чинник національної безпеки*. К.: НАДУ, 2009. С. 102-112.

5. Особенности беременности и родов у женщин старшего возраста (обзор литературы) / Деменина Н. К. и др. *Збірник наукових праць асоціації акушерів-гінекологів України*. 2014. Вип. 1/2 (33/34). С. 107-110.

ПРИПИНЕННЯ ПАЛІННЯ ЯК ДОКАЗОВИЙ СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

Близнюк З.М.

Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради

Гришук С.М.

Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради

Житомирський державний університет імені Івана Франка

Ключові слова: ХОЗЛ, задишка, лікування, паління, бесіда (COPD, breathlessness, treatment, smoking, conversation)

Актуальність проблеми. Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ) залишається однією з найважливіших проблем охорони здоров'я у всьому світі та в Україні зокрема. Це захворювання заподіює великий моральний та матеріальний збиток пацієнтам, їх сім'ям, а також економічний та соціальний економікам багатьох країн. Смертність через ХОЗЛ перебуває на четвертому місці в світі, ця хвороба є одним з основних чинників хронічної захворюваності та смертності, адже пацієнти можуть хворіти на ХОЗЛ роками та помирають, в першу чергу, від його ускладнень [1].

Підходи до обліку, і відповідно, розповсюдженість, хворобливність та смертність від ХОЗЛ відрізняються в різних країнах. Встановлено, що ХОЗЛ виникає внаслідок кумулятивного впливу комплексу факторів ризику протягом тривалого часу. Значною мірою захворюваність на ХОЗЛ прямо залежить від розповсюдженості паління цигарок, поруч з цим великим фактором ризику ХОЗЛ є забруднення повітря всередині помешкання в результаті спалювання деревини та інших видів біопалива. За прогнозами, розповсюдженість ХОЗЛ та збитки від нього в найближчі десятиріччя будуть збільшуватись, що обумовлено постійним впливом факторів ризику ХОЗЛ та змінами у віковій структурі населення [2].

Мета дослідження. Дослідити роль паління та бесід щодо його припинення в етіології, лікуванні та профілактиці ХОЗЛ.

Матеріали та методи. Використовувався бібліосемантичний метод – проводився огляд та аналіз сучасної наукової літератури щодо захворюваності та підходів до лікування ХОЗЛ.

Результати. Показники розповсюдженості ХОЗЛ у світі значно відрізняються внаслідок різних підходів до встановлення діагнозу. В цілому за результатами системного огляду та метааналізу досліджень встановлено, що розповсюдженість ХОЗЛ залежить від паління, віку та статі. Хвороба частіше виникає у тих, хто палить, ніж серед тих, хто не палить; у віці старше 40 років, ніж у молодших; у чоловіків, ніж у жінок [2].

Що стосується показника смертності від ХОЗЛ, на його величину значно впливає гіподіагностика. Адже, хоча ХОЗЛ часто є причиною смерті, його нерідко вказують як додаткову причину, або взагалі не згадують. Проте ця

хвороба з шостої причини смерті в 1990 році посідає четверте місце у 2020 році, що зумовлено розповсюдженням паління, зменшенням смертності від інших причин та збільшенням тривалості життя в світі [3].

В частині економічних збитків встановлено, що в Європейському Союзі загальні прямі витрати на захворювання органів дихання становлять приблизно 6 % усього бюджету охорони здоров'я. При цьому витрати на ХОЗЛ сягають 56 % від цих втрат (38,6 мільярдів євро). У США прямі витрати на лікування ХОЗЛ становили 29,5 мільярдів доларів, а непрямі — сягнули 20,4 мільярдів доларів. Найбільший економічний збиток приносить лікування загострень ХОЗЛ. Що стосується соціальних збитків – у 2019 році ХОЗЛ був на дванадцятому місці серед причин втрати років життя в зв'язку із передчасною смертністю та непрацездатністю і становив 2,1 % від загальної кількості [4].

Найчастіший фактор ризику ХОЗЛ в усьому світі – це паління цигарок. У курців більше розповсюджені респіраторні симптоми захворювання та порушення функції легень, більша смертність, ніж у тих, хто не палить. Пасивне паління також може викликати респіраторні симптоми та ХОЗЛ шляхом збільшення загального ушкодження від інгаляції шкідливих часток та газів. Характерними симптомами ХОЗЛ є хронічна та прогресуюча задишка, кашель, виділення мокротиння, які можуть змінюватись день від дня.

З огляду на це відмова від куріння є ключовим фактором профілактики та лікування ХОЗЛ. Припинення паління вважається доказовим втручанням, яке найбільше впливає на природній перебіг ХОЗЛ та попереджує виникнення ускладнень. Застосування ефективних методів дозволяє досягти довготривалого припинення паління в 25 %, що особливо актуально для фахівців з громадського здоров'я. До них можна віднести наступні:

1. ефективне лікування тютюнозалежності існує і всім курцям необхідно його запропонувати;
2. медичні працівники мають послідовно виявляти, ідентифікувати, ставити на облік та лікувати всіх споживачів тютюну на кожному візиті;
3. короткі бесіди щодо заохочення до припинення паління є ефективними;
4. існує значний дозозалежний зв'язок між інтенсивністю бесід щодо припинення паління та їх ефективністю;
5. встановлено, що особливо ефективні три типи допомоги: практичне консультування; соціальна підтримка як частина лікування; соціальна підтримка поза лікуванням;
6. лікування тютюнозалежності більш економічне в порівнянні з іншими заходами при ХОЗЛ.

Саме тому для фахівців з громадського здоров'я буде корисна стратегія по допомозі припинення паління, яка наведена в адаптованій клінічній настанові, заснованій на доказах «ХОЗЛ» [2]. Вона ґрунтується на п'яти послідовних кроках:

1. систематично виявляйте всіх споживачів тютюну на кожному візиті (забезпечте систему моніторингу щодо проведення опитування статусу паління кожного пацієнта на кожному візиті в медичний заклад);
2. спонукайте в чіткій, твердій та персоніфікованій манері кожного курця припинити паління;
3. визначте бажання пацієнта спробувати покинути палити;
4. допоможіть пацієнту покинути паління - розробіть план по припиненню паління, надайте практичні поради, надайте соціальну підтримку та супутні матеріали;
5. організуйте візити подальшого спостереження (особисто або по телефону).

Бесіди з представниками охорони здоров'я значно збільшують кількість осіб, що покинули палити серед тих, хто сам хоче цього. Визначено, що коротка трьоххвилинна бесіда щодо припинення паління призводить до позитивного результату в 5–10 %. Також існує значний дозозалежний зв'язок між інтенсивністю бесід щодо припинення паління та їх успіхом. Стійкий рівень припинення паління (10,9 % за 6 місяців) було досягнуто, коли фахівці запроваджували навчання разом із зворотнім зв'язком. При більш значних втручаннях показник припинення паління склав 20–30 %.

Висновки. ХОЗЛ є поширеною хворобою, яка завдає значних економічних та соціальних збитків. Основним фактором ризику ХОЗЛ є куріння тютюну та забруднення повітря. Відмова від паління є основним та доведеним ефективним методом профілактики і лікування ХОЗЛ, а також запобіганню його ускладнень. Цьому сприяє проведення бесід щодо важливості припинення паління.

Література

1. The top 10 causes of death. Information portal of World Health Organization. URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/>
2. Хронічне обструктивне захворювання легень. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах. Київ. 2020. URL: http://www.ifp.kiev.ua/ftp1/metoddoc/nastanova_hozl_2020.pdf
3. Torumkuney D, Bratus E, Yuvko O, et al. Results from the Survey of Antibiotic Resistance (SOAR) 2016–17 in Ukraine: data based on CLSI, EUCAST (dosespecific) and pharmacokinetic/pharmacodynamic (PK/PD) breakpoints. *Journal of Antimicrob Chemother.* 2020;75(1):i100–i111. Available at: <https://doi.org/10.1093/jac/dkaa087>.
4. Дослідження глобального тягара хвороб. URL: (http://www.who.int/topics/global_burden_of_disease).

РОЛЬ ГРОМАДСЬКИХ ОРГАНІЗАЦІЙ В ПРОМОЦІЇ ТА АДВОКАЦІЇ ПРОВЕДЕННЯ ВАКЦИНАЦІЇ НАСЕЛЕННЯ ВІД КОРОНОВІРУСУ COVID-19

Богдан О. В.

Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради

Ключові слова: коронавірусна хвороба, COVID-19, Червоний Хрест, заходи профілактики, система громадського здоров'я

Key words: coronavirus disease, COVID-19, Red Cross, prevention measures, public health system

Актуальність проблеми. Актуальність коронавірусної хвороби є надзвичайно серйозною проблемою у зв'язку з пандемією у світі [1]. Відомо, що основною часткою, яку вражає збудник SARS-Cov-2 та викликає коронавірусну хворобу COVID-19 є люди старшого віку, проте фахівцями відмічається тенденція до збільшення вказаної нозології у молодому віці.

Уперше Ipsos дослідив ставлення українців до загрози коронавірусу в першій хвилі світового дослідження Global Advisor в Україні у березні – квітні цього року. На той час коронавірус (31%) зайняв аж 5-те місце, пропустивши вперед проблему бідності та безробіття (38%) [2].

Нове опитування, проведене в рамках Global Advisor у червні – липні цього року показує, що ситуація дещо змінилася. Загалом по світу наявний тренд, що показує зниження важливості пандемії COVID-19 в очах громадян – 42% (середнє значення для 29 країн).

В Україні ми теж спостерігаємо те, що COVID-19 також втратив свої позиції – 19%. Помітно, що Україна виділяється на фоні світу, оскільки її показники щодо коронавірусу значимо нижчі за світові.

Зробити вакцинацію від COVID-19 готові 37%. Ті що не готові становлять майже половину – 45%. З іншого боку, щеплення від грипу готові зробити людей – 26% опитаних, а не мають бажання робити щеплення проти грипу – 57% людей. В очах українців, таким чином, пандемія все одно залишається більшою загрозою від інших хвороб.

Мета дослідження: визначення ролі громадських організацій в промоції та адвокації проведення вакцинації населення від COVID-19 в Україні в межах діяльності системи громадського здоров'я.

Матеріали та методи. Методом оглядового та контент-аналізу опрацьовані доступні наукові джерела, опитування відомих соціологічних центрів та власне опитування Товариства Червоного Хреста України щодо ставлення населення до вакцинації від COVID-19, ролі громадських організацій в цьому процесі.

Результати дослідження. Згідно звіту опитування Центру Разумкова (березень-травень 2021 року), на запитання чи маєте Ви намір зробити

щеплення від коронавірусу COVID-19 відсоток людей, що не мають намір цього зробити знизився з 51,5% у квітні до 43,2% у травні [3].

Табл.1

Чи маєте Ви намір зробити щеплення від коронавірусу COVID-19

	Березень 2021 року	Травень 2021 року
Так, маю намір це зробити у найближчому майбутньому	12,3	18,9
Маю намір це зробити, але пізніше	16,1	19,0
Маю намір це зробити, лише тоді, коли це буде потрібно (поїздка за кордон)	10,2	10,3
Ні, не маю наміру цього робити	51,5	43,2
Важко відповісти	9,9	8,6

В травні також виріс відсоток людей, які не відмовляються від щеплення, але якщо воно буде безкоштовним – з 52% у квітні до 58,8% у травні.

Табл.2

Ви готові зробити щеплення від коронавірусу COVID-19, лише якщо воно буде безкоштовним, чи готові за необхідності платити за нього?

	Березень 2021 року	Травень 2021 року
Лише якщо воно буде безкоштовним	52,0	58,8
Готові за необхідності платити за нього	22,5	22,8
Готові платити за те, щоб вакцинуватись поза чергою	5,0	5,8
Важко відповісти	20,6	12,6

Серед головних причин відмови респондентів від проведення вакцинації від COVID-19 є недостатня ефективність чи безпечність вакцин, що застосовуються в Україні. Проте у травні цей показник знизився з 45,2% у квітні до 31% у травні.

Табл.3

Якщо не маєте наміру робити щеплення, назвіть головну причину

	Березень 2021 року	Травень 2021 року
Я вже перехворів	10,4	10,2
Вважаю, що ризики від вакцинації перевищують ризики хвороби	27,0	29,0
Вважаю, що вакцини, які застосовують в Україні недостатньо ефективні чи безпечні, якоюсь іншою вакциною я зробив би щеплення	45,2	31
Важко відповісти	1,6	1,7

Згідно опитування «Ставлення до вакцинації від COVID – 19» Дитячим фондом «Юнісеф» в березні 2021 року 86% населення категорії 60+ та 83% всього населення України дали відповідь,[4]

- що вони це зробиють, щоб не хворіти на коронавірус та не мати ускладнень від хвороби;

- 33% всього населення та 17% категорії 60+ бажають вакцинуватись, щоб мати можливість подорожувати, не здаючи тести.

За даними дослідження сприйняття вакцинації від COVID-19 у травні-червні 2021 року, проведеного USAID серед літніх людей у Донецькій та Луганській областях 89% заявили, що не хочуть вакцинуватись, а 10,6% підтвердили, що хочуть вакцинуватись. Серед причин:

- Відсутність впевненості у якості запропонованих вакцин (43% респондентів);

- Страх перед медичними ускладненнями та побічними ефектами (17,5%);

- Недавно хворів і маю антитіла (1,5%);

- Страх перед алергією (3%);

- Хронічні захворювання і ослаблений організм (10%);

- Медичні протипокази (1,2%).

Товариством Червоного Хреста України проводилось телефонне опитування респондентів щодо вакцинації від COVID-19 з вересня по жовтень 2021 року.

Було залучено 8 операторів гарячої лінії інформаційного центру та «Давай поговоримо». Здійснено 2416 успішних дзвінків. Середня тривалість дзвінка 02:26.

Було опитано 1390 осіб, з них жінок 78,3%, чоловіків – 21,7%. Більшість респондентів належать до вікової групи 65+(53,4%). Опитувальник містив 25 запитань.

Охоплено 18 областей України: 31% осіб зі Східного регіону, 30% - з Західного, 9% - з Південного, 2% - з Південного, 28% з Центрального.

Вибірка респондентів формувалась на основі власної бази, наданої кожною обласною організацією Червоного Хреста.

У більшості респондентів (95%) не виникало будь-яких труднощів для отримання вакцинації. 76% респондентів не вагались щодо отримання вакцинації. Проте 21% - мали певні сумніви стосовно побічних ефектів та безпечності вакцин(31%), ефективність вакцин (18%), протипокази та хронічні захворювання(17%), недовіра до вітчизняної медичної системи(8%) та ін.

Щодо побічних реакцій після вакцинації, то більшість (61,8%) респондентів повідомили про їх відсутність, а 37,5% - дали позитивну відповідь.

Серед невакцинованих респондентів 68,6% не планують вакцинуватись, 18,9% мають такі плани, 13,2% остаточно не визначились.

Респонденти цікавляться інформацією щодо COVID-19 та вакцинацією – 73,4%, 24,7% не цікавляться, 2% не визначились.

Найпопулярнішими джерелами отримання інформації про вакцинацію від COVID-19 серед респондентів виявилось телебачення – 42%, соціальні мережі та месенджери – 19%, медичні установи – 15%, друзі та рідні – 10%, плакати і листівки – 4%, радіо-3%, інше – 6% (друковані видання, інтернет, YouTube).

На запитання «Яким джерелам найбільше довіряєте» відповідь дали респонденти – 37% сімейний лікар; 19% - телебачення; 8% - друзям; 7% - соцмережам; 6% - МОЗ; 6% - Червоний Хрест України.

Серед респондентів, які стикались з інформаційною кампанією Червоного Хреста (47%), з них спілкувались з волонтерами Червоного Хреста – 57%, отримували листівки і плакати – 34%. Більшість респондентів (94%), що стикались з інформаційною кампанією Червоного Хреста вважають її корисною та зрозумілою.

Висновок:

1. Результати опитування показали низьку поінформованість населення в питаннях профілактичних щеплень проти коронавірусної хвороби COVID-19.

2. Участь системи громадського здоров'я в протидії коронавірусної хвороби COVID-19 в комплексній інформаційно-комунікаційній роботі на рівні громади, організованих колективів та цільових груп, а також із залученням громадських організацій Червоного Хреста з метою інформаційного впливу з підвищенням рівня інформування населення з питань вакцинації від COVID-19 та формування у населення відповідального ставлення до власного здоров'я та здоров'я оточуючих.

Література

1. <https://visnyk-umsa.com.ua/index.php/journal/article/view/418>
2. <https://www.ipsos.com/ua-ua/ocinka-zagrozi-covid-19-v-ukraini-za-rezultatami-dvokh-khvil-ipsos-global-advisor>
3. <https://redcross.org.ua/>
4. <https://phc.org.ua/>

ПІДГОТОВКА МАГІСТРІВ СПЕЦІАЛЬНОСТІ 229 «ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я» ДО РОБОТИ У СФЕРІ ПРОФІЛАКТИКИ УСКЛАДНЕНЬ ТРАВМ ТА УРАЖЕНЬ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ

Брич В.В.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Ключові слова: профілактика, реабілітація, опорно-руховий апарат, освіта, магістратура, громадське здоров'я.

Актуальність. З метою покращення здоров'я громадян ще у 1978 році Алма-Атинською декларацією визначено 5 стратегій охорони здоров'я, які нещодавно підтверджені Астанською декларацією: промоція здоров'я, профілактика хвороб, лікування, реабілітація та паліативна допомога [1]. З вказаних стратегій найменш вивченою була реабілітація, особливо з точки зору її внеску в індивідуальне благополуччя та добробут суспільства [2]. Також слід врахувати, що за дослідженням Глобального тягаря захворювань 2019 року визначено, що реабілітація була б корисна для 2,41 мільярда осіб, з яких майже 71% особи з ураженнями опорно-рухового апарату [3]. Отже, реабілітація після травм та уражень опорно-рухового апарату, профілактика їх ускладнень та відновлення здоров'я – це не тільки обов'язкова складова системи охорони здоров'я, а і важливий компонент громадського здоров'я на рівні регіону та країни в цілому. Сфера медичної реабілітації в Україні тепер знаходиться у процесі розвитку та становлення і потребує підтримки фахівців з інших сфер. На рівні регіонів та окремих громад активними провайдерами промоції цінності відновлення здоров'я, профілактики ускладнень уражень опорно-рухового апарату та важливості медичної реабілітації можуть стати фахівці з громадського здоров'я. Але для цього слід забезпечити їх достатнім рівнем знань та навичок у цій сфері.

Мета дослідження. Проаналізувати освітні програми другого (магістерського) рівня вищої освіти за спеціальністю 229 «Громадське здоров'я» на наявність можливості забезпечення здобувачів компетентностями для роботи у сфері профілактики ускладнень травм та уражень опорно-рухового апарату.

Матеріали та методи. Матеріалами дослідження стали результати опрацювання та аналізу оприлюднених освітніх програм підготовки здобувачів другого (магістерського) рівня вищої освіти за спеціальністю 229 «Громадське здоров'я». Використані бібліосемантичний метод та метод структурно-логічного аналізу.

Результати дослідження. У стандарті вищої освіти за спеціальністю 229 «Громадське здоров'я» для другого (магістерського) рівня вищої освіти, затверджене наказом МОН України від 12.12.2018 р. № 1383, серед програмних результатів навчання є «Розробляти заходи з профілактики (первинної, вторинної та третинної) захворювань та сприяти їх реалізації на

практиці». Відомо, що третинна профілактика спрямована на зменшення наслідків захворювання, яке вже виникло, а до форм третинної профілактики зазвичай відносять реабілітаційні заходи. Отже, здобуття вищої освіти за спеціальністю 229 «Громадське здоров'я» передбачає набуття базових організаційних навичок роботи у сфері реабілітації.

Результати аналізу доступних освітніх програм за спеціальністю 229 показали, що питання профілактики ускладнень травм та уражень опорно-рухового апарату, а відповідно і медичної реабілітації, можуть розглядатися при вивченні освітніх компонентів «Організація охорони здоров'я», «Профілактика в системі громадського здоров'я», «Епідеміологія хронічних неінфекційних хвороб» та інших. При цьому в кожному з цих компонентів їм приділятиметься тільки підтема через їх змістову призму: організації надання медичної допомоги, організації та реалізації профілактичних заходів, поширення проблеми травм та уражень опорно-рухового апарату серед населення та необхідності організації протидії цьому. Окремо освітніх компонентів у обов'язковому блоці професійної підготовки, які б стосувалися суто питань відновлення здоров'я та медичної реабілітації, не представлено, що обумовлено необхідністю висвітлення великої кількості актуальної інформації громадського здоров'я в рамках обмеженої кількості кредитів.

Тільки у двох програмах з проаналізованих запропоновані вибірккові освітні компоненти, які можуть висвітлювати більш глибоко питання відновлення здоров'я після травм та уражень опорно-рухового апарату. В освітньо-науковій програмі «Громадське здоров'я» (ДВНЗ «Ужгородський національний університет») – «Медична та фізична реабілітація у системі збереження здоров'я населення» (4 кредити), «Відновлення здоров'я та працездатності в системі громадського здоров'я» (4 кредити), в освітньо-професійній програмі «Громадське здоров'я» (Українська медична стоматологічна академія) – «Медична і соціальна реабілітація» (3 кредити). Слід врахувати, що відповідно до п. 15 частини першої статті 62 Закону України «Про вищу освіту» здобувач може обирати дисципліни обсягом не менше 25% кредитів ЄКТС від загального обсягу освітньої програми, в тому числі з інших освітніх програм і навіть з інших рівнів вищої освіти за погодженням з керівником факультету чи підрозділу. Але питання медичної реабілітації скоріш за все можуть бути запропоновані тільки в рамках підготовки фахівців галузі знань 22 Охорона здоров'я: 222 «Медицина», 227 «Фізична терапія, ерготерапія», 229 «Медсестринство». Не у всіх закладах вищої освіти, де пропонують опанування спеціальності 229, представлені вказані спеціальності.

Висновки. Аналіз доступних освітніх програм другого (магістерського) рівня вищої освіти за спеціальністю 229 «Громадське здоров'я» дозволив встановити наявність обмеженої можливості набуття високого рівня компетентностей для роботи у сфері профілактики ускладнень травм та уражень опорно-рухового апарату. Але ця складова

може бути досягнута через змістове наповнення наявних освітніх компонентів, що дозволить фахівцям громадського здоров'я ефективно реалізовувати заходи третинної профілактики і реабілітації.

Література

1. Global Conference on Primary Health Care, Astana, Kazakhstan. 2018. URL: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf>
2. Bickenbach J., Sabariego C., Stucki G.. Beneficiaries of Rehabilitation. Archives of physical medicine and rehabilitation. 2021. № 102 (3), P. 543–548. URL: <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2020.09.392>
3. Cieza A., Causey K., Kamenov K., Hanson S.W., Chatterji S., Vos T. Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global Burden of Disease study 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2021. № 396(10267). P. 2006-2017. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)32340-0.

ПРОФІЛАКТИКА РОЗЛАДІВ ПСИХІКИ І ПОВЕДІНКИ СЕРЕД УЧНІВ ЗАКЛАДІВ ОСВІТИ

Бура О.В.

Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради

Ключові слова: психічне здоров'я школярів, профілактика психічних захворювань у дітей, профілактика розладів поведінки у дітей, медичні сестри шкіл, громадське здоров'я.

Key words: mental health of schoolchildren, prevention of mental illness in children, prevention of behavioral disorders in children, school nurses, public health.

Актуальність проблеми. Актуальність проблеми збереження психічного здоров'я суб'єктів освітнього простору зумовлена запитами практики, стратегією суспільства у напрямку гарантування права людини навчатись в безпечному освітньому середовищі, забезпечення успішної взаємодії всіх учасників освітнього простору – учнів, педагогів, представників адміністрації, батьків, спеціалістів (психологів, логопедів, медичних працівників, дефектологів тощо.). Результати проведених в останні роки наукових досліджень показують, що найбільш виражене погіршення стану здоров'я дітей відбувається на віковому відрізку від 7 до 17 років, тобто, в періоді шкільного навчання. Рівень здоров'я дітей цього віку в значній мірі залежить від умов навчання, характеру навчального процесу, способу життя.

В Україні захворюваність дітей у віці 0-14 років на розлади психіки та поведінки (РПП) у 2017 році становила 24626 нових випадків (3,81 на 1000 дітей). У віковій структурі переважали підлітки, в яких було вперше виявлено 4382 випадки РПП (40,6 на 1000 відповідного населення); серед дітей у віці від 6 до 14 років – 12706 (3,76 на 1000 дітей). Житомирська область - серед лідерів вперше виявлених РПП (8,09 на 1000 дітей). На дитячий вік припадає до 8,0% інвалідності, пов'язаної з розладами психіки [1].

У шкільному середовищі крім освоєння нових знань також відбувається спілкування однолітків і дорослих, перевіряється здатність адаптуватися до різних ситуацій і вимог. За матеріалами ВООЗ, порушення психічного здоров'я найчастіше спостерігається у дітей, які страждають від недостатнього спілкування з дорослими і їх ворожого ставлення, а також дітей, які ростуть в умовах сімейного розладу. Емоційна нестійкість та невірноваженість учнів є однією з найбільш поширених та серйозних психолого-педагогічних проблем.

Мета дослідження. Визначити роль медичних сестер шкіл, вчителів, фахівців громадського здоров'я в проведенні системи заходів профілактики психічних розладів серед учнів.

Матеріали та методи. Наукові публікації, присвячені питанням збереження психічного здоров'я школярів, створення здорового і безпечного

освітнього середовища, профілактики й раннього виявлення психічних захворювань і розладів поведінки. Метод інформаційно-аналітичний.

Результати дослідження. Нерідко невідповідність навчального навантаження можливостям організму дитини викликає напруження механізмів адаптації, підвищує ймовірність психоемоційного зриву та інших відхилень в стані здоров'я: невротичні та неврозоподібні розлади виявляються у 60-70% школярів; підвищений рівень тривожності - у 80% підлітків; синдром дефіциту уваги з гіперактивністю - у 13% молодших школярів і 25% підлітків; емоційні відхилення (страх, погіршення настрою, агресія) - майже у 40% дітей [3]. Вкрай важливо вчасно розпізнати психічне захворювання у дитини на ранній стадії і запобігти його подальшому розвитку.

Серед заходів профілактики й раннього виявлення психічних захворювань і розладів поведінки: адекватний розподіл навантаження в школах, відповідно до гігієнічних норм; мінімізація факторів ризику, щодо розвитку психічних захворювань у дітей (створення комфортного психологічного клімату, забезпечення нормальної інтеграції кожного учня в колектив); раннє виявлення патологічних станів (спостереження шкільної медичної сестри, регулярна робота з шкільним психологом, психологічні тестування); створення комфортних умов для інклюзивного навчання дітей з особливими потребами; проведення медичними сестрами шкіл освітніх бесід з учнями та їх батьками, які будуть спрямовані на підвищення їх інформованості про психічні захворювання та розлади поведінки, фактори їх розвитку, ранні прояви, методи корекції [2].

Специфіка роботи шкільної медичної сестри полягає в тому, що на проведення профілактичних заходів відводиться більша частина часу. Медична сестра школи проводить обов'язкові заходи, стосовно психічного здоров'я:

- оцінка психічного здоров'я учня;
- надання першої та невідкладної допомоги, при необхідності направлення учня на консультацію до лікаря-фахівця;
- індивідуальне консультування учня щодо питань, що стосуються здоров'я, здорової поведінки;
- консультування учнів з питань навчання самоконтролю, в зв'язку зі станом здоров'я і виконання плану лікування, призначеного лікарем.
- консультування педагогів в процесі навчання, при організації навчальної роботи, а також виконання плану реабілітації учня або призначеного лікарем плану лікування;
- співпраця з учнем, батьками, фахівцями громадського здоров'я і персоналом школи з метою запобігання частих захворювань і проблем зі здоров'ям.
- поширення науково обгрунтованих інформаційних матеріалів, що стосуються проблем здоров'я [4].

Для виконання низки заходів потрібно мати знання як про первинні прояви психічних захворювань, про самі психічні і поведінкові розлади та методи їх лікування, так і про особливі потреби процесу навчання, пов'язані зі станом здоров'я, шляхи формування безпечного освітнього середовища. Важливі навички шкільних медичних сестер по встановленню партнерства з шкільним персоналом, фахівцями громадського здоров'я, батьками.

Медична сестра повинна виконувати роль консультанта і розповсюджувача знань, щоб зробити певний внесок у запобігання виникнення у школярів психічних і поведінкових розладів.

Заходи для зниження психоемоційного напруження і поліпшення діяльності нервової системи учнів повинні бути спрямованими на нормалізацію режиму дня і харчування, оптимізацію фізичного навантаження, використання немедикаментозних методів лікування. До заходів, які можуть проводитися в освітніх установах, належать: навчання методам м'язової релаксації на фізкульт-хвилинках, елементам аутотренінгу в кабінеті психологічного розвантаження, вплив кольорових гам в приміщеннях школи та функціональної музики в різних режимних моментах, уроки психофізичної саморегуляції. Доцільне навчання батьків методам правильного педагогічного впливу, що сприяє гармонізації емоційного фону дитини.

Профілактичні та оздоровчі програми повинні бути гармонійно інтегровані в навчальний процес, забезпечуючи тривалий медико-педагогічний супровід дитини, що дозволить запобігти розвитку розладів психіки та поведінки і підвищити якість життя.

Висновки. Роль шкільної медичної сестри при запобіганні проблем психічного здоров'я полягає в оцінці психічного здоров'я учнів і шкільного середовища у співпраці з вчителями, шкільними психологами, фахівцями громадського здоров'я; консультування учнів та їх батьків з питань здорової поведінки; участі в ухваленні рішень, що впливають на психічне здоров'я школярів; розробці і впровадженні профілактичних та оздоровчих програм формування безпечного освітнього середовища.

Література

1. Динаміка захворюваності дітей України на розлади психіки та поведінки: 25-річний досвід спостереження/ О. П. Волосовець та ін. URL.: http://ir.library.nmu.com/bitstream/123456789/2119/1/dinamika-zabolevaemosti-detey-ukrainy-rasstroystvami-psihi-i-povedeniya-25-letniy-opyt_nablyudeniya.pdf.

2. Іваць А.Р., Романів О.П. Збереження психічного здоров'я дітей у процесі шкільного навчання. *Україна. Здоров'я нації*. 2017. № 3 (44). С. 120-121.

3. Ільницька Т. Психічне здоров'я дітей та підлітків. *НейроNEWS*. 2016. № 8. С. 5-9.

4. Суси А, Тохвре Р. Оценка психического здоровья ученика: рук-во для школьных медсестер. Tallinn, 2011. 50 с.

ВПЛИВ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ В ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ, ХВОРИХ НА СКОЛІОЗ І СТУПЕНЯ

Гаснюк Б. В., Сабадош М. В.

Факультет здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ «УжНУ»

Ключові слова: діти молодшого шкільного віку, сколіоз І ступеня, фізична терапія.

Актуальність проблеми. Порушення постави є однією з ортопедичних патологій, що найчастіше зустрічається у дітей. Вони складають 90% всіх відхилень від норми з боку опорно-рухової системи молодших школярів.

Існує великий ряд робіт, присвячених проблемам формування постави, вивченню впливу порушення постави і сколіозу на функції організму дітей різних вікових груп. Прогресування структурних патологічних змін хребта призводить до деформації форми грудної клітки і тазу. Без лікування сколіотична деформація невпинно прогресує, через що посилюються зміни з боку серцево-судинної і дихальної систем.

Мета дослідження: довести важливість застосування різних методів фізичної терапії під час фізичної реабілітації дітей молодшого шкільного віку з сколіозом І ступеня.

Матеріали та методи. Для здійснення повноцінного дослідження було обрано та використано такі методи:

1. Системний підхід та системний аналіз, цей метод використовувався на всіх трьох етапах дослідження.
2. Медико-біологічний метод – визначення рівня болю (візуально – аналогова шкала VAS), визначення рівня втоми (шкала FAS).
3. Статистичний метод дослідження – проведення математичної обробки даних отриманих в результаті опитування.
4. Графічний метод дослідження – метод використаний для наочного зображення отриманих результатів.

Результати та їх обговорення: Дослідження проводилося серед дітей молодшого шкільного віку з сколіозом І ступеня, які поступили на базу КНП Закарпатський обласний дитячий санаторій «Малятко», з скаргами на постійні головні болі, порушення сну та активності протягом дня, швидку втомлюваність, часті скарги на апатію та загальну слабкість. У дослідженні взяло участь 34 дітей, віком 8-9 років, з дозволу батьків.

За результатами шкали, у переважній більшості дітей присутня постійна, легка та середня головна біль. 12% (4 дітей) відзначили відсутність головного болю, 15% (5 дітей) відзначили наявність середнього постійного болю, 6% (2 дітей) мали сильний головний біль.

Діти виконували наступний комплекс фізичної терапії: вправи для розтягування м'язів та дихальні вправи для корекції функції дихання;

кінезіотейпування на гіпотрофовані м'язи спини з метою приведення їх у тонус; метод квадратного дихання, який виконувався за 30 хвилин до сну для полегшення головного болю та розслаблення м'язів; масаж ділянки спини, та використання дренажних прийомів для полегшення і корекції порушень дихання.

Для порівняння показників шкали VAS на початку, через 2 тижні та в кінці лікування, створена порівняльна діаграма, наведена нижче (рис.1).

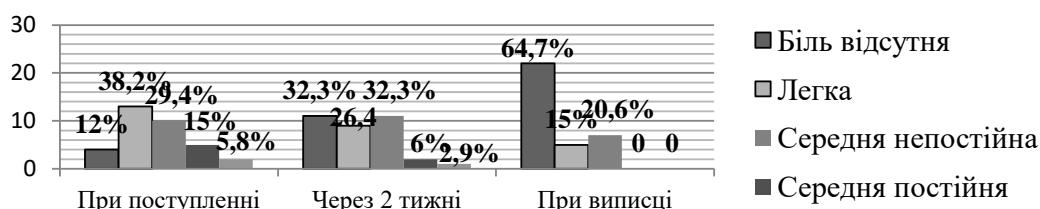


Рис. 1. Середні показники результатів дослідження за шкалою VAS, %
Аналіз рівня стомлення дітей за шкалою FAS

Фізична втома:

- Іноді турбує відчуття втоми 26,5% (9 дітей)
- Швидка втомлюваність, 45,1% (15 дітей)
- Регулярна втома 28,4% (10 дітей)
- Часта втома 14,7% (5 дітей)
- Постійно втомлені 8,8% (3 дітей)
- Добре сконцентрувати увагу здатні 29,4% (10 дітей)



Рис. 2. Структура відповідей щодо стомлення та виснаження дітей з сколіозом I ступеня, %

Розумове виснаження:

- Регулярне у 32,4% (11 дітей)
- Часте у 26,5% (9 дітей)
- Постійне у 5,9% (2 дітей) (рис. 3.).

У 82,5 % (28 дітей) проблеми з починаннями. Діти зазначали, що їм важко почати навчатися, займатися фізичними вправами. 17,6% (6 дітей) позначили, що завжди мають цю проблему. Регулярні проблеми з починанням було у 20,6% (7дітей), на часту проблему вказали 26,5% (9

дітей). На те що проблема присутня інколи або ніколи, зазначили по 17,6 % опитаних (6 дітей).

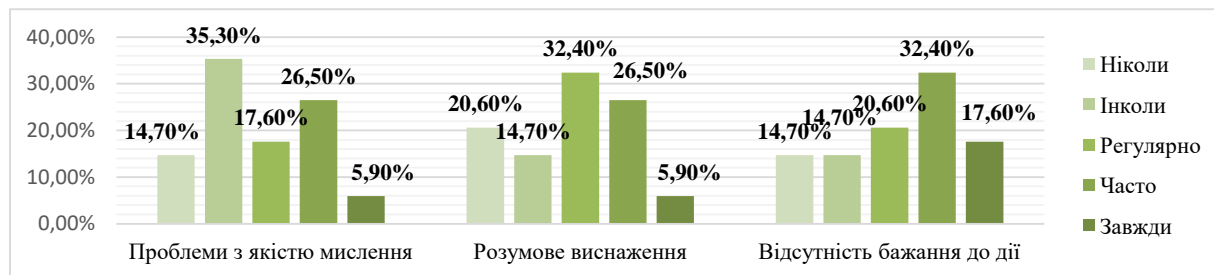


Рис. 3. Відсоткові значення відповідей щодо розумового виснаження дітей з сколіозом I ступеня, %

Після повторного проходження за шкалою FAS було виявлено, що рівень стомлення у дітей значно знизився, діти стали більш активними, з легкістю виконують повсякденні дії, на які їм попередньо не вистачало енергії. Відзначають менший рівень розумового та фізичного виснаження.

Висновки: Під час дослідження було виявлено, що методи фізичної терапії важливі для дітей молодшого шкільного віку з сколіозом I ступеня. Терапія позитивно впливає на їхнє самопочуття та покращує фізичну витривалість, запобігає швидкій втомі та головним болям.

На основі досліджень за шкалами VAS та FAS було визначено покращення у дітей, що в свою чергу вказує на обов'язкову терапію для даного ступеню сколіозу, з ціллю запобігання погіршення стану захворювання.

Література

1. Вигоняйло О. І. Фізична реабілітація дітей молодшого шкільного віку з с-подібним сколіозом. Збірник тез доповідей: «Актуальні питання теоретичної та клінічної медицини». V Міжнародної науково-практичної конференції студентів та молодих вчених. м. Суми. 2017. С. 502-503.

2. Голєніщева Л.В., Пустовойт Б.А. Фізична терапія при сколіотичній хворобі I ступеня на поліклінічному етапі. Науковий журнал: Фізична реабілітація та рекреаційно-оздоровчі технології № 5(2) / 2020. С. 18-24.

3. Зайцева Т. Н., Куликов А. Г., Ярустовская О. В. Сколиоз у детей: новые подходы к лечению и реабилитации. *Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры*. 2017;94(4):43-47. Режим доступу: (<https://doi.org/10.17116/kurort201794443-47>)

4. Калмуратова Б. С., Турсынбекова Н. К., Бекниязова Н. Методы профилактики и физической реабилитации детей со сколиозом // Бюллетень науки и практики. 2020. Т. 6. №5. С. 153-156. <https://doi.org/10.33619/2414-2948/54/1>

5. Михно Л. Дослідження проблеми поширеності порушень постави в дітей молодшого шкільного віку. Молода спортивна наука України : зб. наук. пр. з галузі фіз. виховання, спорту і здоров'я людини. Вип. 18, т. 3. 2014. С. 132-138.

РОЛЬ ФАХІВЦІВ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В ПРОФІЛАКТИЦІ ІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ ГРОМАДИ

Гусар Т. В.

Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради

Ключові слова: система громадського здоров'я, фахівці, профілактика інфекційних захворювань, населення громади, вакцинація, комунікація.

Key words: public health system, specialists, prevention of infectious diseases, community population, vaccination, communication.

Актуальність проблеми. Захворюваність багатьма інфекціями залишається на дуже високому рівні, їх поширеність - глобальною. У світі щорічно реєструється понад 1 млрд. випадків інфекційних хвороб шлунково-кишкового тракту та дихальних шляхів. Серед соціально значущих хвороб формують основний тягар інфекційних хвороб в Україні: ВІЛ-інфекція/СНІД, туберкульоз, вірусні гепатити В та С, поєднані патології.

Подальше вдосконалення профілактики інфекційних хвороб на сучасному етапі зберігає актуальність.

Профілактика інфекційних захворювань складається з трьох груп заходів: правильна організація санітарно-гігієнічного та протиепідемічного режиму; швидка ліквідація інфекції (карантин); підвищення імунітету.

Система громадського здоров'я, як основа профілактичної медицини, передбачає основні заходи у сфері охорони здоров'я та спрямована на збереження здоров'я населення і зменшення обсягу витрат на медичне обслуговування.

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

Матеріали та методи. На основі аналізу наукових публікацій визначено шляхи підвищення ефективності профілактики інфекційних захворювань, наголошено на ролі системи громадського здоров'я у вирішенні цієї проблеми на рівні громади. Методи: бібліо-семантичний та інформаційно-аналітичний.

Результати дослідження. “Європейський план дій з укріплення потенціалу та послуг громадського здоров'я” (ЄДП) (ВООЗ, 2012), Європейський план дій “Здоров'я 2020”, Стратегія сталого розвитку «Україна-2020», стали провідними документами у розвитку громадського здоров'я в Європейському регіоні та Україні. Серед основних оперативних функцій, ОФГЗ 5. “Профілактика хвороб” націлена як на інфекційні, так і неінфекційні захворювання і включає конкретні заходи, які здійснюються значною мірою на індивідуальному рівні. Послуги первинної профілактики включають вакцинацію дітей, дорослих і людей похилого віку, а також вакцинацію або постконтактну профілактику осіб, які піддалися ризику зараження інфекційною хворобою. Заходи первинної профілактики

включають надання інформації про поведінкові або медичні ризики для здоров'я, а також надання консультативної допомоги та вжиття заходів щодо зниження цих ризиків на індивідуальному рівні й у масштабі спільноти; підтримку систем і процедур для включення первинної медико-санітарної та спеціалізованої допомоги до програм з профілактики хвороб; виробництво і закупівлю вакцин для дітей і дорослих; створення необхідних запасів вакцин [5].

В Україні реалізовується “Концепція розвитку громадського здоров'я”, яка визначає засади, напрями, завдання, механізми і строки розбудови системи громадського здоров'я з метою формування та реалізації ефективної державної політики для збереження та зміцнення здоров'я населення, збільшення тривалості та покращення якості життя, попередження захворювань та заохочення до здорового способу життя шляхом об'єднання зусиль усього суспільства. Центр громадського здоров'я відповідає за збереження та зміцнення здоров'я населення, соціально-гігієнічний моніторинг захворювань, епідеміологічний нагляд і біологічну безпеку, групову та популяційну профілактику захворюваності, боротьбу з епідеміями та стратегічне управління у сфері громадського здоров'я [2].

Одним з головних пріоритетів громадського здоров'я є імунопрофілактика. В 2019 році Уряд Ухвалив “Стратегію розвитку імунопрофілактики та захисту населення від інфекційних хвороб, яким можна запобігти шляхом проведення імунопрофілактики, на період до 2022 року”.

На регіональному рівні органи місцевого самоврядування здійснюють реалізацію політики у сфері громадського здоров'я (санітарне та епідеміологічне благополуччя населення, імплементацію Національної стратегії громадського здоров'я на місцевому рівні, інформування населення).

Розподіл повноважень та функцій регіональної системи громадського здоров'я на рівні громади – первинної медичної ланки (повідомлення про інфекційні хвороби, у визначених випадках – обстеження вогнищ, промоція ЗСЖ та первинні консультування, координація з ЦПМСД – вакцинація, ВІЛ, ТБ, гепатити, ЗПСШ, скринінгові програми).

Комунікація є важливою складовою усіх аспектів системи громадського здоров'я – профілактики захворювань, промоції здорового способу життя та підвищення якості життя. Зміни у поведінці, що сприятимуть покращенню здоров'я населення і профілактиці захворювань, – це складний і тривалий процес, вони не можуть бути досягнуті лише завдяки комунікаційним заходам.

Епідемії туберкульозу/ВІЛ/СНІДу/гепатитів мають схожі комунікаційні виклики – недостатню поінформованість про шляхи профілактики захворювань, низьку поінформованість про необхідність тестування, недостатню обізнаність про доступність лікування. Методи комунікації мають на меті підвищити обізнаність визначених цільових аудиторій щодо

проблем туберкульозу/ВІЛ-інфекції/СНІДу/вірусних гепатитів, а ключові повідомлення передбачають заклики до дій, які будуть ефективними для зниження рівня захворюваності [4].

Сьогодення потребує формування інноваційного стилю роботи з використанням нових форм співпраці працівників системи громадського здоров'я і медичної допомоги, а також працівників системи охорони здоров'я, соціальних служб. Необхідне підвищення медичної грамотності населення шляхом забезпечення доступу, розуміння і використання відповідної інформації з метою зменшення ризику, профілактики хвороб та зміцнення здоров'я; поширення доступних і зрозумілих інформаційних матеріалів у медичних закладах, точках тестування, пунктах здачі крові; інформаційні кампанії.

В напрямку імунопрофілактики: просунення вакцинації як рутинної, так і проти Covid-19; підвищення рівня охоплення вакцинацією дітей певних вікових груп та дорослих; позитивного ставлення батьків і медиків до вакцинації.

У системі заходів: проведення тренінгів, семінарів, навчальних програм для медичних працівників, поширення інформаційних матеріалів, інформаційні кампанії, організація та проведення "Тижнів імунізації"; організація та проведення інформаційних кампаній із залученням відомих людей, лідерів думок створення мережі "агентів змін" – людей, які адвокатуватимуть за вакцинацію на місцевому рівні, просування повідомлень про вакцинацію у засобах масової інформації і соціальних мережах (зокрема, групах для батьків); організація публікацій у ЗМІ, проведення індивідуального консультування [3].

Висновки. Правильне розуміння завдань епідеміології, раціональне, кваліфіковане, цілеспрямоване використання великого арсеналу специфічних та загальних профілактичних заходів сприятиме подальшим успіхам у боротьбі з інфекційними хворобами.

Участь фахівців громадського здоров'я в профілактиці інфекційних захворювань полягає в постійній комплексній інформаційно-комунікативній роботі на рівні територіальної громади (підвищення медичної грамотності населення з метою зменшення ризику, профілактики та зміцнення здоров'я; необхідність тестування, вакцинації, організація та проведення інформаційних кампаній. Методи комунікації мають підвищити обізнаність цільових аудиторій щодо проблем а ключові повідомлення передбачають заклики до дій, які будуть ефективними для зниження рівня захворюваності.

Література

1. Козловська А. Інфекції та імунітет: актуальні питання діагностики, лікування та профілактики інфекційних захворювань. *Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія*. 2020. N 8. С. 16-19.

2. Концепція розвитку системи громадського здоров'я: Схвалено розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. №

1002-p. URL: https://mvs.gov.ua/uk/for_citizens/rehabilitation-rest/koncepciya-rozvitku-sistemi-gromadskogo-zdorovya.

3. Лукашевич О.В., Марицен Г.О. Сучасні проблеми громадського здоров'я. Актуальні питання громадського здоров'я та екологічної безпеки України: збірка тез доповідей наук–практ. конф. Вип.19. К.,2019. С.23-26.

4. Лукина Т. Д. Профилактика инфекционных болезней у взрослых и детей. *Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук*. 2016. С.34.

5. Слабкий Г. Система громадського здоров'я: бачення Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я. Основні оперативні функції громадського здоров'я та їх зміст. *Україна. Здоров'я нації*. 2017. № 3. С. 24-31.

СЕКСУАЛЬНЕ ВИХОВАННЯ ПІДЛІТКІВ ЯК ВАЖЛИВИЙ ЧИННИК ЗБЕРІГАННЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я

Данильчук О. О.

Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради

Ключові слова: сексуальне виховання, репродуктивне здоров'я, культура міжстатевих стосунків, відповідальне батьківство.

Key words: Sex education, reproductive health, culture of intersex relations, responsible parenting

Актуальність теми. Впродовж останніх років серед проблем сучасного українського суспільства дуже гостро стоїть питання сексуального виховання та репродуктивного здоров'я підлітків та молоді. Дана проблематика пов'язана із зниженням віку початку статевого життя, що супроводжується зростанням кількості штучного переривання вагітності, розширенням діапазону венеричних захворювань, ранніх пологів. На сучасному етапі основні інститути, які покликані здійснювати виховний вплив на дитину (родина, школа, громадськість), часто здійснюють виховні заходи з сексуального виховання хаотично, непослідовно, що не може не позначитись на якості просвіти з сексуальної культури та репродуктивності здоров'я, що і обумовило актуальність нашого дослідження.

Мета дослідження: дослідити особливості психофізичного розвитку підлітків, методи їх сексуального виховання як потенційну складову здорового способу життя та планування майбутньої сім'ї.

Матеріали та методи: теоретичні: аналіз, синтез, узагальнення, систематизація теоретичних та експериментальних даних, застосованих для визначення стану досліджуваної проблеми.

Результати дослідження: На сьогодні сексуальне виховання – багатоаспектна проблема, що передбачає морально-психологічний, анатомо-фізіологічний, медико-гігієнічний, психосексуальний та юридичний компоненти. Сексуальне виховання є складовою частиною загального виховного процесу школи і сім'ї і має бути спрямованим на формування свідомості молоді людини відповідно до її статі та оволодіння нею культурою міжстатевих стосунків.

Сьогодні, надзвичайно важливо спрямувати зусилля школи, сім'ї громадськості на вирішення завдань статевого виховання, дотримання норм шлюбно-сімейних стосунків, формування у молоді орієнтації на шлюб, сім'ю, відповідальне материнство і батьківство. Державні документи з питань національної освітньої політики передбачають знання і розуміння учнями загальнолюдських та національних цінностей, цінностей сімейного життя, самостійності у прийнятті рішень, збереження репродуктивного, фізичного, психічного, соціального та духовного здоров'я нації. Серед причин, що зумовлюють підвищення рівня сексуального виховання –

прискорений розвиток дітей, незадовільний рівень обізнаності неповнолітніх з питань статевої сфери, сексуальність підлітків та пов'язані з нею проблеми.

На думку фахівців, ключовою умовою для збереження здоров'я та поліпшення благополуччя людей є забезпечення доступу до повної та правдивої інформації та якісних послуг. Всі молоді люди мають право на отримання інформації. Вони заслуговують на те, щоб зростати обізнаними щодо особливостей функціонування власного тіла та з почуттям впевненості у собі. Це впливає на їхню готовність краще піклуватись про власне здоров'я. В свою чергу, якісні медичні послуги, які є доступними для молодих людей, є важливою складовою для раннього діагностування захворювань. З іншого боку, недостатнє усвідомлення цінності здоров'я та факторів, що на нього впливають, часто призводить до ризикованої поведінки та відповідних наслідків, в тому числі щодо репродуктивного здоров'я людини. У широкому сенсі термін «статеве виховання» означає вплив середовища на психосексуальний розвиток і формування індивіда.

Однак середовище, яке оточує підлітка – явище надзвичайно багатогранне й динамічне, його впливи не завжди передбачувані, заплановані чи бажані. За визначенням ЮНЕСКО, сексуальна освіта (sexual education) - це «відповідний вікові та культурі підхід до викладання тем, пов'язаних зі статевим розвитком і сексуальними стосунками, який забезпечує передавання наукової, об'єктивної інформації та дає змогу осмислити власні ціннісні орієнтири й погляди. Важливим компонентом сексуальної освіти є набуття навичок прийняття рішень, ведення діалогу та зниження ризиків, пов'язаних із багатьма аспектами сексуального життя. Як зазначено у Міжнародному технічному керівництві з сексуальної освіти ЮНЕСКО, така освіта охоплює різноманітні теми, а сексуальні стосунки – лише одна з них. Важливо надавати підліткам інформацію стосовно психології спілкування, шлюбу та батьківства, статеву поведінку, фізіологію репродуктивної системи, планування та попередження вагітності тощо. В Україні рівень сексуальної просвіти серед підлітків знаходиться ще на досить низькому рівні, оскільки часто батьки уникають цієї теми, а в школі сексуальне виховання відносять до другорядних дисциплін. Незважаючи на очевидну доцільність та ефективність профілактичної освіти, не в усіх школах запроваджують спеціальні факультативні курси, не використовують повною мірою можливості варіативної складової навчальних програм, а, подекуди, вчителі намагаються оминати детальний розгляд тем, вивчення яких передбачає офіційна програма. Саме тому слід залучати до питання статевого виховання підлітків медичних працівників, психологів, правознавців, соціологів для підготовки виховних заходів. Допомога, спрямована на охорону репродуктивного здоров'я, повинна бути орієнтована не тільки на забезпечення контролю за станом статевого розвитку та функціонуванням репродуктивної сфери підлітка, але й на популяризацію здорового способу життя як основного чинника нормалізації стану репродуктивного здоров'я у майбутньому.

Здоров'я значною мірою визначається умовами розвитку особистості на різних етапах онтогенезу, тому надання якісної та всебічної допомоги на всіх етапах її життя із залученням фахівців багатьох галузей є запорукою його збереження.

Важливим у просвітницько-виховних заходах, спрямованих на сексуальне виховання та збереження репродуктивного здоров'я є вивчення сучасного стану репродуктивного здоров'я, визначення основних чинників ризику його порушень, розроблення науково обґрунтованих заходів профілактики та їх здійснення, залучення громадських організацій до збереження репродуктивного здоров'я, вивчення світового досвіду з цих питань. Підлітковий вік – період, на який припадають найбільш істотні зміни, коли організму висуваються підвищені вимоги, з якими він не завжди може впоратися, що, у свою чергу, може призвести до різноманітних розладів та перешкоджати повноцінному функціонуванню особистості. Підлітки є однією з найуразливіших груп населення, що пояснюється фізіологічними, психологічними, соціальними чинниками розвитку.

Сучасний підліток зіштовхується перед великою кількістю проблем, що виникають унаслідок процесів входження в нове соціальне середовище та опанування нових соціальних ролей. Бажання випробувати нові та часто ризиковані переживання, схильності до нездорового способу життя призводять не тільки до погіршення психічної та соціальної адаптації підлітка, а й ставить під загрозу його особисте загальне та репродуктивне здоров'я, а також здоров'я всього сучасного і майбутнього покоління.

Найбільше навантаження на репродуктивне здоров'я припадає на дітей підліткового віку, оскільки в цьому віці відбувається бурхливий розвиток індивіда як на соматичному, так і на психічному рівнях з формуванням усіх функціональних систем організму, в тому числі й репродуктивної, а також із становленням когнітивної, емоційно-ціннісної сфер та формуванням цілісної особистості.

В період формування репродуктивної сфери формуються й основи репродуктивної поведінки, сприймаються чи заперечуються зразки поведінки в соціумі. Саме тому завданнями сучасного суспільства є охорона здоров'я дівчат та хлопців, адже гармонійний розвиток у ранньому репродуктивному періоді багато в чому визначає наступне їхнє життя у фізіологічному, психологічному та соціальному аспектах.

Сім'я залишається основним виховним середовищем впливу на формування цілісної особистості підлітка, тому розробка програми для батьків є провідною формою у процесі сексуального виховання цієї групи дітей. Класний керівник, психолог школи, медичні працівники мають розробити програму поетапної допомоги батькам. На першому етапі важливим ж встановлення контакту, встановлення взаємної довіри між батьками та колективом педагогів. Другий етап є прояснення проблеми, постановки мети, наближення батьків до реального розв'язання проблем у конкретних життєвих ситуаціях, пов'язаних з раннім початком статевого

життя, небажаною вагітністю, абортами серед старшокласниць, вживанням наркотичних речовин. Психолог надає рекомендації стосовно налаштування на відвертість в атмосфері сімейного спілкування.

Третій етап – пошуки рішень у навчанні підлітків протидіяти тиску навколишнього середовища, негативного впливу масової субкультури, робити виважені кроки у будь-яких життєвих ситуаціях. Класний керівник і психолог залучають батьків до вивчення та аналізу окремих ситуацій, дискусій, тренінгів, індивідуальних бесід.

Отже, головними формами просвітницької роботи батьків у допомозі з сексуального виховання та репродуктивного здоров'я підлітків є зустрічі з медичними працівниками, психологами, наркологами, організація тренінгів, дискусій, анкетування, індивідуальні бесіди, консультації сімейного лікаря, контакти із «Службою довіри».

Батьки мають дотримуватися у житті таких сімейних та сексуальних цінностей, які допоможуть дитині перейняти їх точку зору і судження. Завдання батьків навчити дитину мати власну точку зору щодо ранніх статевих стосунків, пояснювати, що існують пропозиції, на які можна і необхідно відповідати словом «ні». Досвід підтверджує, що чим більше дитина творчо зайнята, тим менше цікавиться асоціальними явищами суспільного життя.

Керівникам гуртків, які відвідують підлітки, також слід звертати увагу на сексуальний аспект їх поведінки. У разі виникнення проблем намагатись шукати рішення разом з батьками.

Висновки. Сексуальне та репродуктивне здоров'я людини є однією з головних соціальних цінностей, показником цивілізованого культурного суспільства, складовою його потужного духовного потенціалу. Морально-етичні цінності, здоровий спосіб життя прищеплюються в школі, але культивуються в родині. Зразки родинного етикету, відношення до здоров'я, культура статевих відносин формуються і виховуються, насамперед в родині на прикладах найближчих авторитетів. Дитина має знаходити в родині любов, емоційний комфорт, захист, доброзичливість та розуміння проблем і не соромитись «закритих» тем.

Серед умов, що дозволяють забезпечити доступ до інформації про сексуальність, сексуальну культуру, репродуктивне здоров'я та здоровий спосіб життя є просвітництво серед батьків, стимулювання та мотивація довірливих стосунків в системі сімейного виховання. Ці умови передбачають виховання цінностей здорового способу життя, дотримання морально-етичних принципів у плануванні сім'ї.

Література

1. Клос Л. Є. Технології збереження здоров'я у соціальній сфері : навч. посібник. Львів : Вид-во Львів. політехніки, 2015. 248 с.

2. Корсак К. Корисність сучасних знань про норми й аномалії поведінки підлітків для успішного освітнього законодавства. *Вища школа*. 2019. № 8. С. 46-62.

3. Коцур Н. І. Психогігієна : навч. посібник. 2-ге вид. Чернівці. Переяслав-Хмельницький : Книги-XXI, 2006. 380 с.

4. Проблемний підліток і проблеми підлітка [упоряд. Т. Червонна; ред.. рада Т. Шаповал [та ін.]]. Київ : Шк. світ, 2010. 128 с. (Б-ка «Шк. світу»).

5. Репродуктивне здоров'я та відповідальна поведінка учнівської молоді: посібник тренера [уклад. Т. Слободян, М. Гончарова]. Київ: Благодійний фонд «Здоров'я жінки і планування сім'ї», 2018. 133 с.

6. Свириденко С. Навчаємо бути здоровими. Київ : Шк. світ, 2007. 128 (Б-ка «Шк. світу»).

7. Сучасні діти - відображення цінностей дорослого світу : методичні рекомендації [Т. О. Піроженко [та ін.]]. Київ. Кіровоград : Імекс-ЛТД, 2014. 120 с.

8. Теми статевого виховання в практиці викладання предмету «Основи здоров'я»: за результатами фокус-групових інтерв'ю з підлітками та вчителями. Київ : Благодійний фонд «Здоров'я жінки та планування сім'ї», 2017. 31 с.

9. Цушко І. І. Формування навичок захисту і збереження репродуктивного здоров'я учнівської і студентської молоді. Київ : Нац. Академія пед. наук України. Український науково-методичний центр практичної психології і соціальної роботи, 2013. 101 с.

10. Хаффнер Д. Від перших побачень до дорослого життя : що повинні знати батьки про сексуальний розвиток своїх підлітків. Київ : ЦУЛ, 2019. 202 с.

ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКОСТІ ОСВІТНЬОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ПРИ ПІДГОТОВЦІ МАГІСТРІВ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Даровська Л., Гордійчук С.

Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради

Ключові слова: якість, соціальні навички, освітня діяльність, громадське здоров'я, моніторинг

Key words: quality, social skills, educational activity, public health, monitoring

Актуальність проблеми. Галузь охорони здоров'я держави має гостру потребу в забезпеченні фахівцями з громадського здоров'я, які здатні проводити дослідження стану здоров'я та добробуту населення; здійснювати моніторинг загроз для здоров'я та надзвичайних ситуацій; профілактику захворювань, зокрема їх ранню діагностику; забезпечувати належне управління у сфері охорони здоров'я; займатись адміністративно-управлінською, аналітичною, експертно-консультативною, санітарно-просвітницькою та протиепідемічною (зміцнення здоров'я і профілактики захворювання), науково-дослідною та педагогічною діяльністю [1, 2].

Водночас вивчення вітчизняних джерел доводить, що проблема вдосконалення забезпечення якості освіти при підготовці магістрів громадського здоров'я не була предметом спеціального дослідження, а наявні дослідження торкалися лише деяких аспектів зазначених питань. У науковій літературі не виявлено фундаментальних позицій щодо формування змісту та якості професійної підготовки таких фахівців [3].

Мета дослідження: визначення рівня задоволеності наданням освітніх послуг здобувачам вищої освіти, що навчаються за ОП «Громадське здоров'я» в Житомирському медичному інституті.

Матеріали та методи. Анкетування проводилось у 2020-2021 навчальному році серед 64-х здобувачів вищої освіти, що навчаються за ОП «Громадське здоров'я» у Житомирському медичному інституті ЖОР за денною та заочною форми навчання. Анкета складалась 17 питань, які надали можливість проаналізувати рівень надання освітньої послуги при проведенні практичних занять, набуття соціальних навичок (soft skills), педагогічної майстерності викладачів, залучення стейкхолдерів, забезпечення наукової діяльності, сприйняття здобувачами освіти соціального середовища тощо.

Результати дослідження. У 2019 році в Житомирському медичному інституті Житомирської обласної ради розпочато підготовку магістрів громадського здоров'я за розробленою та затвердженою освітньою програмою 229 «Громадське здоров'я», що відповідає стандарту вищої освіти. Цілями ОП є формування нового покоління висококваліфікованих, компетентних, конкурентоспроможних фахівців з інноваційним способом мислення, ґрунтовними знаннями, які б сприяли вдосконаленню та

впровадженню політики, спрямованої на підвищення рівня безпеки та захисту здоров'я населення України. Особливістю (унікальністю) цієї програми є її спрямованість на: оволодіння майбутніми фахівцями адміністративно-управлінськими, аналітичними, експертно-консультативними, санітарно-просвітницькими, протиепідемічними, комунікативними компетентностями у сфері громадського здоров'я; застосування наукових підходів щодо планування, збору даних, розповсюдження та використання результатів наукових досліджень у сфері громадського здоров'я; реалізація особистісного потенціалу здобувачів медичної освіти, сприяння їх самореалізації в соціокультурному просторі та на основі студентоцентрованого підходу формування всебічно розвинутої та конкурентоспроможної особистості.

З метою визначення рівня задоволеності наданням освітніх послуг здобувачам вищої освіти, що навчаються за ОП «Громадське здоров'я» у Житомирському медичному інституті, було проведено соціологічне опитування [4]. За результатами проведеного анкетування було встановлено, що 94,8% здобувачів медичної освіти задоволені рівнем формування загальних і спеціальних компетентностей. Загалом 79% респондентів високо оцінюють рівень формування в них соціальних навичок, однак частина студентів зауважує необхідність покращення такого рівня. На основі відповідей студентів підтверджено можливість самостійного вибору вибіркових дисциплін, що свідчить про забезпечення формування індивідуальної траєкторії навчання. 63,2% респондентів зауважили, що до освітнього процесу залучені професіонали-практики. 95% позитивних тверджень отримано у відповідь на запитання стосовно залучення до науково-дослідницької діяльності під час освітнього процесу. Для більшості здобувачів освіти відомі процедури звернення, оскарження та апеляції стосовно освітнього процесу, що підтверджено позитивними відповідями 52,6% респондентів. Задоволеність наданням освітніх послуг за ОП дає право більшості респондентів рекомендувати Житомирський медичний інститут для навчання за освітнім ступенем магістр громадського здоров'я.

Висновки. Результати проведеного дослідження надали підстави зробити висновки про те, що формування компетентного фахівця відбувається в процесі неперервної освіти та на основі всебічної індивідуалізації навчання. Соціологічний моніторинг доводить, що більшість респондентів констатують наявність цілком сприятливого освітнього середовища, створеного в закладі медичної освіти. Однак для подальшого вдосконалення якості медичної освіти необхідно забезпечувати послідовність та наступність професійної підготовки магістрів громадського здоров'я шляхом урізноманітнення видів освітньої діяльності; неперервності професійного вдосконалення; створення сприятливих психолого-педагогічних умов для трансформації особистості здобувача медичної освіти з об'єкта професійної підготовки в суб'єкт власної професійної діяльності; стимулювання ініціативи з боку здобувачів вищої освіти; проведення серед

них моніторингових досліджень з метою виявлення задоволеності якістю надання освітніх послуг.

Література

1. Грузєва Т. С. Громадське здоров'я (public health) як нова спеціальність: сучасні підходи до викладання (на прикладі Дебреценського університету, Угорщина) / Т. С. Грузєва, Н. В. Гречишкіна, Л. О. Литвинова // Україна. Здоров'я нації. 2017. № 1. С. 166-172. Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uzn_2017_1_27

2. Миронюк І.С., Слабкий Г.О., Дуфинець В.А.. Щодо підготовки магістрів за спеціальністю «Громадське здоров'я». ISSN 2077-6594. УКРАЇНА. ЗДОРОВ'Я НАЦІЇ. 2018. № 4/1 (53). С.55-62.

3. Про затвердження Порядку проведення моніторингу та оцінки якості освіти: Постанова від 14 грудня 2011 р. № 1283, Київ / Кабінет Міністрів України. – Офіційний вісник України. 23.12.2011. № 97. С. 146, стаття 3543, код акту 59585/2011.

4. Гордійчук С., Махновська І., Коваленко В. Шляхи вдосконалення якості освіти при підготовці магістрів громадського здоров'я у Житомирському медичному інституті / науково-педагогічний журнал «Молодь і ринок». № 5-6 (191-192). 2021. С. 88-93.

ФАКТОРИ РИЗИКУ ПОШИРЕНИХ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ СЕРЕД ДОРΟΣЛОГО НАСЕЛЕННЯ

Дідківська Т.В.

Житомирський медичний інститут ЖОР

Key words: dental health, risk factors, diseases of the oral cavity.

У чому полягають причини такого парадоксу, проявами якого є криза організації медичної допомоги. Причин багато, однак перш за все, їх слід розглядати відповідно до умовної класифікації груп фактори ризику та їх орієнтовного внеску в оцінку здоров'я населення. Найбільше впливовими причинами погіршення стоматологічного здоров'я населення є умови та спосіб життя громадян, які за даними наукових досліджень впливають до 55% на загальний стан здоров'я населення. Стоматологічне здоров'я на 80-90% визначається способом життя і 20% поведінкою людини, і тільки на 10-20% організацією стоматологічної допомоги [1].

Переконливо доведено, що як неінфекційні захворювання, так і захворювання порожнини рота мають ряд загальних факторів ризику, таких як неправильне харчування, куріння, зловживання алкоголем, які в обох випадках пов'язані з поведінкою людини, а поширеність та інтенсивність стоматологічних захворювань залежить від стану гігієни порожнини рота, внутрішніх і зовнішніх факторів ризику [2].

Основні фактори ризику: куріння, зниження фізичної активності і високе споживання цукру і солі вносять свій внесок в розвиток різних хронічних захворювань, включаючи захворювання порожнини рота. Захворювання порожнини рота пов'язані з діабетом, серцево-судинною патологією, передчасними пологами, низькою вагою новонароджених та іншими станами. Епідеміологічні дані підтверджують роль куріння тютюну, як основного чинника ризику розвитку та прогресування маргінального пародонтиту. Більше 50% захворювань пародонтиту викликано курінням тютюну та проявляються в осіб у віці до 45 років [3]. При повній відмові від куріння частоту пародонтиту можна скоротити на 30-60%. Ризик розвитку ракової пухлини в ротовій порожнині в 15 разів вище при поєднанні двох провокуючих чинників: куріння і надмірне вживання алкоголю. Також важливою причиною залишається незадовільний рівень санітарнопросвітницької роботи, яка загалом носить декларативний, неконкретний характер і тому часто є неефективною. Також спільними є і соціально-економічні детермінанти: умови життя, бідність, освіта, культурні традиції. Згідно припущенню психолога Абрахама Маслоу (1943), людська поведінка визначається широким спектром потреб, які він розподілив на п'ять категорій і розташував їх у визначеній ієрархії. В основі цієї ієрархії лежать найнасушніші потреби (їжа, вода, житло), а на вершині - більш високі індивідуальні запити (визнання, самовираження). За Маслоу людина - це

"тварина, що постійно чогось хоче". Коли потреби найнижчого рівня задоволені хоча б частково, людина починає рухатися до задоволення потреб іншого і не обов'язково наступного рівня ієрархії [4]. Катастрофічно загрозливе скорочення державних асигнувань на медичні потреби, перекладання витрат на медикаменти та медичне забезпечення на плечі самого суспільства, економічна нестабільність суспільства, яка призводить до погіршення умов життя та праці, наявність постійного нервового перенапруження, пов'язаного з соціальною незахищеністю людини, невпевненістю в завтрашньому дні, страхом захворіти і залишитися жебраком, загрозою закриття виробництва та скорочення, відсутністю заощаджень на «чорний» день у зв'язку з постійними кризами в економіці, все це призводить не тільки до незадоволення мінімальних своїх потреб, але й до недбайливого стану до свого здоров'я, поширеності шкідливих чинників ризику. За даними наукових джерел ми також встановили, що на стан стоматологічного здоров'я населення працездатного віку впливає низка інших вагомих чинників, таких як харчування. Високе споживання цукру – провідний фактор ризику в етіології розвитку карієсу і цукрового діабету. У складі раціону на особливу увагу заслуговують вуглеводи, які споживаються у поєднанні з іншими харчовими компонентами, що також моніторять в індивідуальному раціоні пацієнта під час оцінки ризику карієсу і залежно від складу раціону, зокрема колонії *Lactobacillus spp* [5].

Література

1. В.Ф., Москаленко, О.П. Гульчій, Т.С. Грузева [та ін] Громадське здоров'я: підручник для ВМНЗ 3-є вид Вінниця: Нова книга, 2013. 560 с.
2. Попруженко Т.В. Профилактика стоматологических заболеваний. / Т.В. Попруженко, Т.Н. Терехова. – М.: МЕДпресс-информ, 2009. – 464 с
3. Л.Ф. Каськова. Профилактика стоматологических заболеваний: підруч. для студ. вищих мед. навч. закл. / Л.Ф. Каськова, Л.І. Амосова, О.О. Карпенко [та ін.]; за ред. проф. Л.Ф. Каськової. – Х.: Факт, 2011.

ВИКЛАДАННЯ НАВЧАЛЬНИХ КУРСІВ В УМОВАХ ДИСТАНІЙНОГО НАВЧАННЯ

Дуб М.М., Іваниця С.М.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Ключові слова: карантин, здобувачі, електронне навчання.

Keywords: quarantine, applicants, e-learning.

Формування професійної компетентності у здобувачів в галузі охорони здоров'я немедичних спеціальностей, зокрема майбутніх фахівців фізичних терапевтів, ерготерапевтів на сьогоднішній день є одним з найважливіших завдань особливо в наші дні, коли відбувається постійне зниження рівня здоров'я населення [1]. Пандемія коронавірусу COVID-19 і надалі вносить суттєві корективи, карантинні обмеження забов'язують, в процесі підготовки здобувачів вищої освіти, викладання курсів на «відстані» з використанням дистанційної форми навчання застосовуючи сучасні інформаційні технології.

В процесі підготовки здобувачів навчання здійснюється на платформах Moodle та Google Classroom. Теоретичний матеріал подається у формі лекцій в навчальному класі Google Classroom. Для забезпечення наочності навчального матеріалу в навчальних класах надається доступ до мультимедійної презентації, створюються завдання для самостійного опрацювання матеріалу, здійснюється їх перевірка. Можливість публікувати оголошення, залишати коментарі до завдань та перевірених робіт дозволяє підтримувати зв'язок із здобувачами.

З метою детального розгляду окремих теоретичних положень навчальних дисциплін та формування вмінь і навичок їх практичного застосування використовуються навчальні відеокурси. Навчальні відеофільми доступні здобувачам на платформі Moodle. Послідовне включення відеофрагментів у навчальний процес, використання окремих епізодів з урахуванням відповідності тематики, перегляд відеоуроків дозволяє здобувачам багаторазово опрацьовувати і переглядати матеріали, позитивно впливаючи на міцність фіксації матеріалу та формуванню у них спільної пізнавальної діяльності.

Виконання практичних завдань, які є основним типом навчальних об'єктів, що застосовуються для організації практичної роботи та виконання індивідуальних завдань, виконуються студентами індивідуально та в групах. Практичні заняття проводяться в режимі послідовного вивчення тем модуля дисципліни та спрямовані на контроль засвоєння теоретичного матеріалу й формування практичних вмінь та навичок, а також уміння аналізувати й застосовувати одержанні знання для вирішення практичних завдань. Частково, для реалізації зазначеного здобувачі відпрацьовують практичні навички і демонструють їх на відео в навчальному класі, це дозволяє в будь-який момент зупинити та розібрати помилки і недоліки виконання навички.

Однак цілком відтворити практичний компонент неможливо. Неможливість повноцінного відпрацювання практичних навичок і вмінь – це один із недоліків за умов дистанційного навчання [2].

Для контролю знань здобувачів передбачені виконання тестових завдань на платформі Moodle. Для сеансу тестового контролю система випадковим чином генерує певний перелік різнорівневих запитань з тестової бази, значно полегшуючи роботу викладача у її підготовці. Виконання кожним студентом тематичного комплексу тестів забезпечується достатнім лекційним матеріалом. Проходження тесту обмежується за часом та кількістю спроб. Допустимим є використання здобувачем однієї спроби. Звіт про результати роботи, що надсилається здобувачем перевіряється і оцінюється викладачем.

Отже, на сьогоднішній день використанням мультимедійних засобів наочності, створення системи відеоуроків може сприяти підвищенню якості знань студентів, проте в карантинних умовах на невизначений час існує потреба в альтернативних, свіжих думках щодо реалізації практичної складової.

Література

1. Бісмак О.В. Клінічна діяльність фахівців з фізичної реабілітації в Україні: проблеми та перспективи. *Освітологічний дискурс*. 2016. № 3 (15). С. 163-174. URL: <https://od.kubg.edu.ua/index.php/journal/article/view/396/343>
2. Lisetska I.S. Distance form of learning medicals students as a challenge of today. *Modern Pediatrics. Ukraine*. 2020. 7(111). P. 81-6.

ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ ТА ПРОВЕДЕННЯ ІНФЕКЦІЙНОГО КОНТРОЛЮ В МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДАХ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ.

Киричук В.М.

Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради.

Актуальність проблеми. Інфекції, що передаються при наданні медичної допомоги в закладі охорони здоров'я (ІПНМД) на сучасному етапі реформування галузі охорони здоров'я є не тільки медичною, але й науковою, економічною, та правовою проблемою. За даними Європейського бюро ВООЗ ІПНМД, вражають щороку в середньому 4,1 мільйона пацієнтів, В структурі ІПНМД інфекції сечовивідних шляхів складають 27%, інфекції нижніх дихальних шляхів - 24%, інфекції області хірургічного втручання - 17%, інфекції кровотоку - 10,5%. Економічні втрати на прикладі Великобританії, оцінюються у 1 мільярд фунтів стерлінгів на рік.

Мета дослідження - аналіз процесу організації профілактики інфекцій та інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я України з урахуванням досвіду країн Європейського регіону.

Матеріали та методи. Інформаційні матеріали Європейського бюро ВООЗ, положення та інструкції, затверджені наказом МОЗ України від 03 серпня 2021 року №1614 «Про організацію профілактики інфекцій та інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я та установах/закладах надання соціальних послуг/соціального захисту населення». Метод дослідження бібліосемантичний.

Результати дослідження. Інфекційний контроль - це система організаційних, медико-біологічних і інженерно-технічних заходів і засобів, спрямованих на захист пацієнтів та персоналу, від дії патогенних біологічних агентів під час надання медичної допомоги в закладі охорони здоров'я, які врегульовані наказом МОЗ України від 03 серпня 2021 року №1614 «Про організацію профілактики інфекцій та інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я та установах/закладах надання соціальних послуг/соціального захисту населення». Особливістю наказу є те, що його дія поширюється не тільки на заклади охорони здоров'я, а також на установи та заклади сфери соціального захисту населення.

Основні заходи спрямовані на досягнення належної організації профілактики інфекцій та інфекційного контролю в стаціонарах закладів охорони здоров'я передбачають:

- здійснення епідеміологічного нагляду та обліку інфекційних хвороб, пов'язаних з наданням медичних послуг;
- організацію та проведення профілактики інфекційних хвороб, пов'язаних з наданням медичних послуг;
- впровадження адміністрування антимікробних препаратів;
- покращення гігієни рук;
- організацію та функціонування відділів з інфекційного контролю.

При проведенні епіднагляду за інфекційними хворобами, пов'язаними з наданням медичних послуг госпітальний епідеміолог враховує: можливі джерела збудників; шляхи передачі збудників; етіологію збудників; пріоритетні збудники для кожного ЗОЗ.

Епідеміологічний нагляд за інфекційними хворобами, пов'язаними з наданням медичної допомоги в кожному закладі охорони здоров'я забезпечується проведенням рутинного та дозорного епіднагляду.

Рутинний епіднагляд – це щоденна діяльність госпітального епідеміолога та його помічників, яка спрямована на виявлення порушень в профілактиці та інфекційному контролі, а також та нагляд за пацієнтами з ризиком виникнення ІПНМД з метою:

- управління ризиками;
- раціонального планування заходів;
- оцінки економічної ефективності заходів профілактики інфекцій та інфекційного контролю;
- контролю якості медичної допомоги.

Всі інфекційних хвороби, пов'язані з наданням медичних послуг, за якими здійснюється рутинний епіднагляд, об'єднані в чотири групи: катетер-асоційовані інфекції кровотоку, катетер-асоційовані інфекції сечовивідних шляхів, вентилятор-асоційовані пневмонії, інфекції області хірургічного втручання. По кожній групі інфекцій чітко визначені форми збору даних, які заповнюються в процесі проведення рутинного епіднагляду госпітальним епідеміологом та в окремих випадках лікуючим лікарем.

По кожній групі інфекцій фахівці відділу інфекційного контролю розраховують показники розповсюдженості катетер-асоційованих інфекцій кровотоку у відділенні на 1000 катетер-днів, катетер-асоційованих інфекцій сечовивідних шляхів у відділенні на 1000 катетер-днів, розповсюдженість вентилятор-асоційованих пневмоній на 1000 днів інтубації, для обґрунтування ефективності проведених профілактичних заходів та їх удосконалення.

Дозорний епідеміологічний нагляд – це збір та аналіз звітних форм щодо інфекційних хвороб, пов'язаних з наданням медичної допомоги для визначення одномоментної їх розповсюдженості в закладі охорони здоров'я та їх антимікробної резистентності до антимікробних препаратів.

Проведення дозорного епіднагляду за інфекційними хворобами, пов'язаними з наданням медичної допомоги, здійснює установа громадського здоров'я на відповідній адміністративній території спільно з відділом інфекційного контролю закладу охорони здоров'я.

Збір та аналіз звітних форм щодо інфекційних хвороб, пов'язаних з наданням медичної допомоги проводяться на рівні закладу охорони здоров'я в цілому, окремого профільного відділення та пацієнта, що отримав медичну послугу. Дані що аналізуються за звітний рік – це структура ліжкового фонду, робота ліжка, використання антисептиків, дотримання гігієни рук, кадровий ресурс, виконання передбачених лабораторних обстежень пацієнтів тощо.

Дозорний епідеміологічний нагляд на національному рівні щорічно організовується Державною установою «Центр громадського здоров'я України», який формує список закладів охорони здоров'я для дозорного епіднагляду з термінами проведення досліджень, та затверджує його наказом МОЗ України.

В закладах охорони здоров'я, створюються відділи з інфекційного контролю, як самостійні структури, підпорядковані безпосередньо керівнику закладу охорони здоров'я, основними завданнями яких є:

- розроблення та впровадження планів профілактики інфекцій та інфекційного контролю;
- обґрунтування фінансових витрат для реалізації планів профілактики інфекцій та інфекційного контролю;
- моніторинг, оцінка виконання планів профілактики інфекцій та інфекційного контролю;
- епідеміологічний нагляд та реєстрація інфекційних хвороб
- підготовка встановлених звітів для адміністрації закладу охорони здоров'я;
- консультації із закупівель ефективних обладнання та витратних матеріалів;
- розробка стандартних операційних процедур;
- впровадження клінічних протоколів антимікробної терапії та профілактики;
- навчання та контроль знань медичного персоналу;
- розслідування спалахів інфекційних хвороб та попередження їх поширення тощо.

У кожному закладі охорони здоров'я відділом з інфекційного контролю розробляється та впроваджується програма інфекційного контролю з урахуванням компонентів інфекційного контролю рекомендованих ВООЗ та потреб закладу.

Ключовими компонентами інфекційного контролю є:

1. План дій з інфекційного контролю.
2. Стандартні операційні процедури.
3. Навчання та тренінги з інфекційного контролю.
4. Епіднагляд за ІПНМД.
5. Моніторинг, оцінка, зворотній зв'язок.
6. Навантаження та укомплектування персоналом, зайнятість ліжок.
7. Приміщення, матеріали та обладнання.

Впровадження профілактики інфекцій та інфекційного контролю у закладах охорони здоров'я здійснюється в чотири етапи – підготовчий етап, етап базової підготовки, етап розробки та виконання плану дій з інфекційного контролю, етап оцінки впливу та ефективності проведених заходів

Висновки. Функціонування ефективної програми профілактики та інфекційного контролю в закладі охорони здоров'я, забезпечує:

- гарантовану біобезпеку пацієнтам та медичному персоналу;
- відповідність закладу стандартам акредитації по розділу «Профілактика інфекцій та інфекційний контроль»;
- відповідність закладу вимогам Національної служби здоров'я України при укладанні угод на здійснення закупівель медичних послуг.

Література

1. Матеріали із сайту Європейського бюро ВООЗ розділ «Безпека пацієнта. Дані та статистика»

2. Порядок здійснення епідеміологічного нагляду та ведення обліку інфекційних хвороб, пов'язаних з наданням медичної допомоги, затв. наказом МОЗ України від 03.08.2021 р. №1614.

3. Порядок впровадження профілактики інфекцій та інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я, які надають медичну допомогу в стаціонарних умовах, затв. наказом МОЗ України від 03.08.2021 р. №1614.

4. Положення про відділ з інфекційного контролю закладу охорони здоров'я та установи / закладу надання соціальних послуг / соціального захисту населення, , затв. наказом МОЗ України від 03.08.2021 р. №1614.

5. Інструкція з впровадження покращення гігієни рук в закладах охорони здоров'я та установах / закладах надання соціальних послуг / соціального захисту населення, затв. наказом МОЗ України від 03.08.2021 р. №1614.

6. Інструкція з впровадження адміністрування антисептичних препаратів в закладах охорони здоров'я, які надають медичну допомогу в стаціонарних умовах, , затв. наказом МОЗ України від 03.08.2021 р. №1614.

ПИТАННЯ ЕПІДЕМІОЛОГІЇ ЗАХВОРЮВАНЬ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ ТА ЇХ ПРОФІЛАКТИКИ В СИСТЕМІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Косинська Т.П.

Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради

Ключові слова: серцево-судинні захворювання, захворюваність, смертність, фактори ризику, заходи профілактики, система громадського здоров'я.

Key words: cardiovascular diseases, morbidity, mortality, risk factors, prevention measures, public health system.

Актуальність проблеми. Значна поширеність хвороб системи кровообігу (ХСК), висока смертність та інвалідність, значні соціально-економічні втрати, що впливають на трудовий потенціал країн, зумовлюють актуальність цієї проблеми для охорони здоров'я.

В Україні хвороби системи кровообігу впродовж декількох десятиліть продовжують залишатися домінуючою причиною передчасної смертності, зумовлюючи кожний третій її випадок. Постійне зростання загальної смертності населення, зниження очікуваної тривалості життя викликає серйозну тривогу і свідчить про недостатню ефективність профілактичних заходів, що проводяться. Тенденція зростання числа захворювань серцево-судинної системи обумовлена нераціональним харчуванням, поширенням шкідливих звичок (куріння, алкоголь), погіршенням умов навколишнього середовища.

Мета дослідження – визначити перспективні напрями і форми роботи для попередження виникнення та прогресування серцево-судинних хвороб в межах діяльності системи громадського здоров'я.

Матеріали та методи. У роботі обґрунтовано необхідність корекції способу життя та факторів ризику в рамках проведення профілактичних заходів розвитку та прогресування захворювань серцево-судинної системи, опрацьовано рекомендації та визначено шляхи підвищення ефективності профілактики, наголошено на ролі системи громадського здоров'я у вирішенні даної проблеми.

Результати дослідження. В Європейських клінічних настановах із профілактики серцево-судинних захворювань (ССЗ) (2016 р.) розділ, присвячений сучасним підходам до зниження серцево-судинного ризику та корекції факторів ризику, містить опис методів впливу на пацієнта, спрямованих на підвищення його вмотивованості до дотримання здорової моделі поведінки та відмови від шкідливих звичок. Загальноприйняті три основних складових моделі поведінки, що мають доведений вплив на розвиток ССЗ і модифікація яких приводить до зниження захворюваності на ССЗ: тютюнокуріння, нездорове харчування та низький рівень фізичної активності [2].

Наряду з класичними факторами ризику у розвитку ССЗ важливу роль відіграють і такі фактори ризику, як стрес/депресія, ожиріння, цукровий діабет, низький рівень ХС ЛВЩ та низький рівень вживання у їжу овочів та фруктів.

За результатами багатьох досліджень, громадськість мало обізнана про існуючі фактори ризику серцево-судинних захворювань. Висока поширеність поведінкових чинників ризику спричинює несприятливу епідеміологічну ситуацію щодо серцево-судинних захворювань, що не дозволяє найближчим часом сподіватися на помітне зниження смертності населення і свідчить про необхідність більш активного застосування методів профілактики на індивідуальному та популяційному рівнях [4].

Серед основних немедичних напрямків зниження поширеності чинників ризику серцево-судинних захворювань:

- промоція здоров'я, формування у соціумі національного ідеалу здоров'я, виховання відповідального ставлення до здоров'я на державному та індивідуальному рівнях;
- підвищення загального рівня життя населення;
- розробка загальнодержавних освітньо-профілактичних програм для широких верств населення з використанням засобів масової інформації;
- масове використання шкал ризику розвитку ССЗ та їх ускладнень (Framingham, США та EuroScore, ЄС) для визначення особистого ризику та заходів щодо мінімізації такого ризику;
- цілеспрямована державна політика обмеження вживання алкоголю і тютюнокуріння, в тому числі заборона їх реклами, підвищення податків на тютюнові і алкогольні вироби, заборона куріння на робочому місці та у громадських місцях;
- залучення до раціонального харчування, занять фізкультурою і спортом.

Профілактичне консультування має поліпшувати поінформованість пацієнта щодо заходів запобігання виникненню хвороби та заохочувати його до виконання таких заходів. Комплекс запропонованих пацієнту заходів профілактики має бути адаптованим до рівня його вмотивованості, тому рекомендовано проводити оцінку готовності пацієнта до зміни способу життя.

В Україні, як і в інших країнах Європи, широко застосовують систему оцінки загального серцево-судинного ризику SCORE, в якій враховано вік, стать, статус куріння, рівень систолічного АТ та рівень загального холестерину. Під час консультування з питань профілактики ССЗ пацієнту слід показати шкалу SCORE, продемонструвати як зменшиться його загальний ризик після зниження холестерину, нормалізації АТ, відмови від куріння [3].

Документи ВООЗ «Здоров'я – 2020. Основи європейської політики і стратегія для XXI століття» та «Європейський план дій з укріплення потенціалу та послуг громадського здоров'я», стали основою для створення комплексних програм громадського здоров'я на рівні об'єднаних територіальних громад. Участь системи громадського здоров'я в протидії захворюваності населення на ССЗ і смертності від них полягає в комплексній

постійній інформаційно-комунікативній роботі на рівні громади, організованих колективів та цільових груп, інформаційного впливу з підвищення рівня інформування населення з питань профілактики та наслідків серцево-судинних хвороб, формування у населення відповідального ставлення до власного здоров'я та формування прихильності до здорового способу життя. Важливим завданням системи громадського здоров'я є не тільки навчити та мотивувати населення до здійснення профілактичних заходів, а й створити умови для їх здійснення. Доцільне забезпечення епідеміологічного нагляду за ризиками розвитку ХСК, розроблення комплексних заходів для їх протидії та здоров'язбережувального профілю міста, здійснення адвокації з його прийняття [1].

Методологія вирішення поставлених завдань досягається сегментацією груп інформаційно-комунікативного впливу: все населення (практично здорові), населення з факторами ризику розвитку ХСК, хворі на ХСК, особи, які перенесли інфаркт міокарда. Для кожної групи визначені свої завдання інформаційно-комунікативного впливу, але в усіх варіантах необхідні зміна поведінки й додержання принципів здорового способу життя — раціонального харчування, відмови від куріння, оптимального фізичного навантаження, помірною вживання алкогольних напоїв.

Висновки. Зростання числа захворювань серцево-судинної системи, обумовлене нераціональним харчуванням, поширенням шкідливих звичок, погіршенням умов навколишнього середовища, свідчить про недостатню ефективність профілактичної діяльності

Участь системи громадського здоров'я в протидії захворюваності населення на серцево-судинні хвороби і смертності від них полягає в комплексній постійній інформаційно-комунікативній роботі на рівні громади, організованих колективів та цільових груп, інформаційного впливу з підвищення рівня інформування населення з питань профілактики та наслідків серцево-судинних хвороб, формування у населення відповідального ставлення до власного здоров'я та прихильності до здорового способу життя.

Література

1. Методологія впровадження системи громадського здоров'я на рівні об'єднаних територіальних громад / Г. О. Слабкий [та ін.]. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2020. № 3. С. 62-66.
2. Мороз Г. З., Гідзинська І. М., Ласиця Т. С. Самооцінка пацієнтами та лікарями виконання вимог здорового способу життя й готовності до змін поведінкових факторів ризику серцево-судинних захворювань. *Клінічна та профілактична медицина*. 2019. № 1. С. 4-10.
3. Профілактика серцево-судинних захворювань / Л. В. Хіміон та ін. *Сімейна медицина*. 2018. № 3. С. 5-12.
4. Серцево-судинні захворювання: сучасне бачення інформованості пацієнтів щодо факторів ризику / Т. А. Трибрат та ін. *Вісник проблем біології і медицини*. 2021. Вип. 2. С. 136-138.

ОНЛАЙН НАВЧАННЯ У ПЕРІОД ПАНДЕМІЇ COVID-19: ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ

Корольчук О. Л.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Ключові слова: онлайн навчання; пандемія; КОВІД-19; виклики; освітній процес.

Keywords: online learning; pandemic; COVID-19: challenges; educational process.

Актуальність проблеми. Пандемія COVID-19 призвела до хаосу та турбулентності у всіх сферах життєдіяльності країни і суттєво змінила сферу освіти, спровокувавши певні проблеми, насамперед, вимушене закриття закладів, щоб стримати поширення коронавірусу, та переспрямувавши освіту на застосування сучасних технологій. Це змінило освітній процес і функціональне навантаження на всіх його учасників, від студентів до керівників закладів системи освіти. Пандемія завдала вперше безпрецедентної шкоди системі освіти у всьому світі - окрім вимірних економічних наслідків у короткостроковій та довгостроковій перспективі, у навчальних закладах спостерігається невідчутний колапс [1]. Зокрема, працівники освіти, найважливіші інтелектуальні ресурси, через COVID-19 стикаються з різними труднощами, у т.ч. фінансовими, фізичними та психічними [2].

Важливість досліджень даної проблематики обумовлена, першочергово, вагомістю освітньої сфери для перспективного розвитку як людей, так і держав, адже освіта - одне з основних прав людини (закріплене у Декларації Прав Людини, Конституції України, галузевих законах); є головним завданням четвертої цілі сталого розвитку ООН до 2030 року, «забезпечення всеохоплюючої і справедливої якісної освіти та заохочення можливості навчання впродовж усього життя для всіх», яку виконує і Україна. Саме освіта - є головною сферою, що розкриває один з важливіших потенціалів людини, забезпечуючи інтелектуальний ресурс громад і країн.

Мета дослідження. Метою даного дослідження є огляд і аналіз останніх наукових публікацій щодо впливу пандемії COVID-19 на стан і функціонування освітньої сфери, для виявлення ключових проблем, потреб та можливих ефективних шляхів вирішення.

Матеріали та методи. Проведено аналіз наукових літературних джерел щодо проведених досліджень з даної тематики.

Результати дослідження. Переважна більшість країн, з розповсюдженням коронавірусу та підвищенням захворюваності на COVID-19, закрили всі заклади освіти на непевний час, що залежав від подальшої ситуації щодо кількості хворих та розповсюдження цієї хвороби.

За даними ЮНЕСКО, станом за лютий-квітень 2020 року всі освітні заклади було закрито у 191 країнах світу, близько 1,58 мільярда учнів не відвідували школи - це понад 90% від загальної кількості учнів у всьому світі - безпрецедентна ситуація в історії освіти [3]. Це вплинуло на мільйони викладачів, що мали переналаштуватися швидко на використання інформаційно-комунікаційних технологій для забезпечення освітнього процесу. Для розвинених країн та закладів вищої освіти таке завдання не було вкрай непередбачуваним, новим, важким - для великої кількості вишів України це постало новим викликом для працівників освіти.

В Україні на всій території було запроваджено карантин, закрито всі заклади освіти для відвідування з березня 2020 року (Постанова КМУ № 211 від 11.03.2020 р.), коли почалася епідемія, підтверджено швидко зростала захворюваність на COVID-19. Пізніше запровадили адаптивний карантин (Постанова КМУ № 641 від 22.07.2020 р.) - відвідування закладів освіти залежало вже від ряду показників (динаміки кількості хворих, кількості місць у лікарнях тощо), а кожній адміністративно-територіальній одиниці було вирішено присвоювати один з 4 статусів, що і визначав ступінь карантинних обмежень. Рішення про перехід на дистанційне навчання, було покладено на місцеву владу, відповідно до рішення уряду про визначення епідеміологічних зон. Організацію та форму дистанційного навчання - визначала педагогічна рада кожної окремої школи.

Запровадження дистанційної, онлайн освіти, дозволило продовжити освітній процес, навчання, проте, спровокувало нові виклики перед всіма його учасниками. Важливими факторами ефективності онлайн-навчання називають готовність викладачів і студентів до взаємодії в Інтернеті, що не було 100% забезпечено на початку; активація творчості, креативності; посилення мотивації тощо. До проблем і перешкод відносять: брак досвіду дистанційного викладання, відсутність належних технічних навичок, універсального доступу до інтернету та обладнання; підвищення стресованості, втоми та виснаження; обмеженість спілкування та соціалізації, ізоляція; проблеми для студентів з особливими освітніми потребами; збільшення часу, проведеного перед екранами гаджету; збільшення онлайн завдань, недостатня дисципліна та мотивація до навчання вдома тощо. Зміни життєдіяльності студентів призвели до проблем порушення уваги, відсутності концентрації та мотивації, симптомів тривоги, зростання стресу; збільшення насильства, у т.ч. кібер-залякування та онлайн-насильства.

Дослідження щодо впливу онлайн освіти під час пандемії застерігають про довгостроковий вплив на освітні результати, особливо серед вразливих груп населення: щотижневе погіршення у навчанні внаслідок переходу на дистанційне навчання коливатиметься у межах від 0,82% до 2,3% від стандартного відхилення. Таке погіршення відіб'ється на результатах тестування, адже зменшився час навчання, у порівнянні з часом, яке учнівство виділяло на навчання до запровадження карантинних обмежень і переходу до онлайн-форматів [4]. Успіх систем онлайн-навчання сильно

залежить від кількох інтегрованих компонентів - між студентами, викладачами, навчальними ресурсами та існуючими технологіями [2]. Варто зауважити, що більшість досліджень даного питання виявили, що роль викладачів не може бути повністю замінена технологією.

Висновки. Розробляючи стратегії освітнього процесу в умовах COVID-19, важливо забезпечити: рівні можливості для всіх і створення доступних і стійких програм, якісного цифрового контенту; розвиток інфраструктури онлайн-навчання, оснащення викладачів та студентів стандартизованими домашніми засобами викладання/навчання, проведення онлайн-підготовки викладачів; розробку масштабної онлайн-освіти, підтримку академічних досліджень онлайн-освіти тощо. Також, увагу треба зосереджувати на забезпеченні належних умов проживання у гуртожитках, сприяти формуванню безпечного навчального середовища й посиленню гендерної рівності у закладах освіти. Вирішення проблем онлайн навчання пов'язують із: 5-ма ключовими факторами - навчання, зміст, мотивація, стосунки, психічне здоров'я [5]; - з підготовкою, проведенням занять, якістю курсів, спілкуванням, залученням студентів, взаємодією між студентом і викладачем [6]. Роль лідерства, інвестицій, державної підтримки та ставлення до навчання та викладання також є життєво важливими для успіху онлайн-навчання та викладання під час пандемії [2]. Важливо надалі проводити дослідження стану справ освітньої сфери в новітніх умовах її функціонування, спираючись у т.ч. на задоволеність процесом та вимірюючи результати на різних рівнях системи освіти. Подібні дослідження важливо активізувати й для України.

Література

1. Basilaia G. , Kvavadze D. Transition to Online Education in Schools during a SARS-CoV-2 Coronavirus (COVID-19) Pandemic in Georgia // Pedagogical Research. 2020., No. 4 Vol. 5. P. 1-9.
2. Hermanto Y. B., Srimulyani V. A. The Challenges Of Online Learning During The Covid-19 Pandemic // Jurnal Pendidikan Dan Pengajaran. 2020., No. 54(1). P. 46-57.
3. Електронний ресурс: <https://en.unesco.org/covid19/educationresponse>
4. *The likely impact of COVID-19 on education: Reflections based on the existing literature and international datasets* / Di Pietro G. et al. // Publications Office of the European Union. Luxembourg. 2020.
5. Martin, A. How to Optimize Online Learning in the Age of Coronavirus (COVID-19): A 5-Point Guide for Educators // Newsroom. 2020.
6. Dhawan, S. Online learning: A panacea in the time of COVID-19 crisis // Journal of Educational Technology Systems. 2020., No. 49 (1). P. 5-22.

СУЧАСНІ ДЕЗІНФІКУЮЧІ ЗАСОБИ ТА ЇХ ЗАСТОСУВАННЯ В МЕДИЦИНІ

Коцко Н.М.

Житомирський медичний інститут ЖОР

Ключові слова: дезінфекція, дезінфектант, санітарно-протиепідемічний режим, рівні дезінфекції, універсальність засобу.

Актуальність проблеми. Головне завдання медицини – збереження і зміцнення здоров'я людини. Усі медичні установи повинні дотримуватися встановлених санітарно-протиепідемічних вимог. Лікування пацієнтів повинно здійснюватися в умовах, які не несуть додаткової загрози їх стану. Особливу увагу необхідно приділяти дезінфекції та стерилізації предметів та інструментів медичного призначення, керуючись нормативно-правовими документами.

Мета дослідження: проаналізувати доцільність застосування в медичних установах сучасних дезінфікуючих засобів.

Методи дослідження. У дослідженні були використані бібліосемантичний метод, метод системного аналізу і логічного узагальнення.

Результати дослідження. Дезінфекція – це система заходів, які спрямовані на знищення збудників хвороб і створення умов, перешкоджаючих їх розповсюдженню в навколишньому середовищі. Заходи дезінфекції включають: обробку приміщень, поверхонь, інструментарію та інших об'єктів зовнішнього середовища, з метою їх очищення від різноманітних хвороботворних мікроорганізмів.

Медичний персонал повинен постійно дотримуватися правил санітарно-протиепідемічного режиму, що передбачає організацію і проведення необхідних санітарно-профілактичних і протиепідемічних заходів.

Всі приміщення в медичних закладах підлягають обов'язковій санітарній обробці. Нездатність правильно дезінфікувати або стерилізувати приміщення, поверхні, багаторазове медичне обладнання може призвести до зараження медперсоналу і пацієнтів, а також до стрімкого розвитку інфекцій пов'язаних з наданням медичної допомоги [1].

Існує три рівні дезінфекції (високий, середній, низький), які придатні для різних видів медичних інструментів. Інструменти, які відносяться до категорії «критичні», повинні бути стерильними, «напівкритичні» підлягають ретельному очищенню і дезінфекції високого рівня («холодної» стерилізації) з метою видалення всіх мікроорганізмів.

Характеристики, на основі яких вибирають дезінфектант, включають, перш за все, спектр антимікробної активності. Ефективний дезінфікуючий засіб повинен забезпечувати бактерицидну, віруліцидну (в тому числі по відношенню до вірусів гепатитів А, В, С та імунодефіциту людини) і

фунгіцидну дію, а при необхідності – і туберкулоцидну дію. Для того, щоб підібрати оптимальний засіб, який не тільки захистить від збудників інфекційних захворювань, але й не зашкодить здоров'ю людини, об'єктам оброблення та навколишньому середовищу, необхідно розуміти ключові характеристики ефективного дезінфікуючого засобу [2].

Для правильного вибору з довгого переліку назв дезінфікуючих засобів, що застосовуються в медицині для дезінфекційно-стерилізаційних процедур, необхідно визначити: об'єкт знезараження джерела, інформацію про препарати, основні критерії вибору, значення кожного критерію, основну групу обраних препаратів.

В наш час існують універсальні засоби, здатні задовольнити майже всі потреби медустанови в зазначених засобах. Використання декількох найменувань дезінфектантів в одній медустанові може ускладнити роботу молодшого і середнього медперсоналу, оскільки у кожного засобу свої особливості: режими застосування, умови приготування тощо. Повна інформація про властивості сучасного дезінфікуючого засобу в медицині міститься в інструкціях по застосуванню.

Іноді в інструкції до інструменту або обладнання можуть вказувати препарати, рекомендовані або які не рекомендовані для його обробки. Основними джерелами інформації, які можуть допомогти у виборі препаратів для знезараження, є методичні вказівки, затверджені Міністерством охорони здоров'я України, або інструкції до обраних деззасобів як до кращих.

Ринок пропонує велику кількість засобів з поєднаною дією, які забезпечують дезінфекцію і стерилізацію одночасно. Є засоби, що володіють універсальною дією. Їх можна використовувати як для дезінфекції медінструментів, так і для знезараження поверхонь, меблів, медобладнання, посуду, білизни, санітарно-технічного обладнання, прибирального інвентарю. Засоби, що володіють іншими, крім дезінфікуючого, властивостями (дезінфекція поверхонь + дезодорація + миючий ефект) полегшують роботу медперсоналу. Така властивість дезінфектанта впливає на його економічну рентабельність для медустанови. Деякі сучасні дезінфікуючі засоби, що застосовуються в медицині, можна застосовувати тільки протягом однієї робочої зміни, інші ж розчини можна застосовувати 1-3 тижні.

Висновок. Таким чином, кожна медустанова може вибрати зручний для застосування препарат з широкого спектру дезінфектантів з різним терміном придатності. Саме поняття «зручність в застосуванні» має на увазі його розчинність, форму випуску, температурний режим дії дезінфектанту, запах, умови приготування, стабільність при зберіганні, час дії ступінь отруйного впливу на людей.

Література

1. Проблемні питання очищення засобів медичного призначення в процесі стерилізації. / О.О. Попов, Ю.І. Налапко, С.В. Рідний, І.В. Коробкова,

О.В. Дехтяр // Український Журнал екстремальної медицини. – 2014. – 15(4). – С.26-28

2. Резистентність до дезінфектантів збудників інфекцій, пов'язаних з наданням медичної допомоги, та шляхи її подолання. / Н.С. Морозова, Ю.І.Налапко, О.О. Попов, О.В. Дехтяр // Український Журнал екстремальної медицини. – 2013. – 14(4). – С.105-109

3. Тарасюк В.С. Медична сестра в інфекційному контролі лікарні (санітарно-протиепідемічний режим у діючих наказах): навч. посібник. – Вінниця: Нова Книга, 2010. – 160 с.

ОСОБЛИВОСТІ КУЛЬТУРИ СТАТЕВОГО ЖИТТЯ ТА ЗБЕРЕЖЕННЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ ЗАЛЕЖНО ВІД СТАТІ

Крись М. Є.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Ключові слова: статева поведінка, інфекції, що передаються статевим шляхом, контрацепція, репродуктивне здоров'я, студентська молодь.

Актуальність проблеми: Проблема сексуальної соціалізації молоді у нашій країні набула особливої актуальності. Наслідками низького рівня інформованості молоді щодо безпечного статевого життя є небажане чи неусвідомлене материнство, поширення інфекцій, що передаються статевим шляхом, чоловіче та жіноче безпліддя, і, як наслідок, – часто нереалізовані життєві плани. Часто причинами цього є ранній вік початку статевого життя, велика кількість статевих партнерів, низький рівень інформованості щодо контрацептивних засобів [1, 2]. Підготовка молоді до сімейного життя передбачає формування репродуктивної та статевої культури [3]. Саме тому виникає необхідність мотивації до поведінкових практик безпечної статевої поведінки та збереження репродуктивного здоров'я студентської молоді, яка вимагає першочергового дослідження рівня інформованості та ставлення до базових компонентів статевої культури.

Мета дослідження: вивчити та проаналізувати особливості культури статевого життя студентів (чоловічої та жіночої статі) ДВНЗ «УжНУ».

Матеріали та методи дослідження. При виконанні роботи було використано соціологічний та статичний методи. Для дослідження спеціально розроблений опитувальник. В опитуванні взяли участь 248 студентів ДВНЗ «Ужгородський національний університет» віком 18-22 роки (184 особи жіночої та 64 особи чоловічої статі). Участь в дослідженні студентів була добровільною та анонімною.

Результати: В результаті аналізу встановлено, що 43,5% опитаних студентів розпочали статеве життя у 18-20 років, третина студентів (33,1%) – у віці 16-17 років, 4,4% – у віці 13-15 років, 4% – після 20 років. Визначено, що хлопці в більш ранньому віці розпочинали статеве життя – більш, ніж половина з опитаних студентів чоловічої статі (56,2%) вказали, що перший статевий контакт у них був до 18 років (10,9% – у віці 13-15 років, 45,3% – у віці 16-17 років). Натомість частка дівчат, які розпочали статеве життя до 18 років, в 1,8 разів менша, ніж хлопців – 31% (2,2% – у віці 13-15 років, 28,8% – у віці 16-17 років). Особливо звертає на себе увагу різниця у 5 разів між частками осіб опитаних дівчат (2,2%) і хлопців (10,9%), що розпочали статеве життя у віці 13-15 років.

Понад третину опитаних хлопців (35,1%), які живуть статевим життям, зазначили, що мали 4 і більше статевих партнерів, майже чверть (24,6%)

вказали 3 статевих партнерів, 19,2% – 2 статевих партнерів, 21,1% – одного. Серед опитаних дівчат встановлена майже у 5 разів менша частка тих, що мали статеві стосунки з 4 і більше статевими партнерами, – 7,1%. В той же час майже половина опитаних студенток (44,5%) вказали, що мали тільки 1 статевий партнер. Звичайно ж, важливим залишалось питання використання контрацептивних засобів молоддю.

У відповідях щодо контрацепції не встановлено різких відмінностей. Тільки по половині опитаних студентів чоловічої статі (50,8%) та жіночої статі (50,0%) завжди використовують засоби контрацепції, 30,8% та 33,2% відповідно – інколи, і аж 18,5% і 16,8% – ніколи. При цьому, більшість учасників дослідження (81%) з тих, що ведуть статеве життя, надають перевагу презервативам, але в той же час майже половина (47,9%) опитаних студентів вказують переривання статевого акту як ефективний метод запобігання вагітності (50,9% хлопців та 45,8% дівчат). При опитуванні про методи контрацепції, що також попереджують інфікування ВІЛ та іншими інфекціями, котрі передаються статевим шляхом (ІПСШ), виявлено, що 93,5% опитаних вказали найбільш ефективними презервативи, але 15,6% дівчат та 21,9% хлопців вважають так само ефективними внутрішньоматкові засоби. Отримані результати свідчать про досить високий потенційний ризик інфікування ІПСШ.

Щодо обстежень у лікарів (гінекологів, урологів, венерологів) виявлено, що дівчата відповідальніше ставляться до власного здоров'я, адже 44,6% з них зазначили, що систематично відвідують лікарів. Натомість тільки 24,8% хлопців відповіли, що відвідують лікаря за потреби, а більшість зовсім не відвідує. Також встановлено, що 3,9% опитаних дівчат, що живуть статевим життям, вже робили штучне переривання вагітності. На штучне переривання вагітності статевими партнерами вказали 7% опитаних учасників чоловічої статі.

Висновок. В результаті дослідження виявлені особливості поведінкових практик статевого життя студентів: для обох статей – низький рівень використання контрацептивних засобів та недостатній рівень інформованості про їх ефективність; для осіб чоловічої статі – більш ранній вік початку статевого життя та більша кількість статевих партнерів; для осіб жіночої статі – більший рівень інформованості про контрацептивні засоби та їх функції та вищий рівень настороженості щодо власного здоров'я. Все це може сприяти порушенню формування репродуктивного здоров'я студентської молоді та потребує розробки профілактичних заходів з врахуванням особливостей статевих практик та інформованості молоді.

Література

1. Брич В.В., Дуткевич-Іванська Ю.В. Організаційна модель комплексного впливу на формування репродуктивного здоров'я студентської молоді. *Економіка і право охорони здоров'я*. 2018. № 1 (7). С.9-12.

2. Пирогова В.І., Цьолко О.Р. Вивчення соціально-медичних аспектів репродуктивного здоров'я підлітків. *Репродуктивное здоровье женщины*. 2020. №2 (42). С. 40-44.

3. Власюк М. Формування репродуктивної та статевої культури студентської молоді як невід'ємної складової репродуктивного здоров'я. «Безпека життєдіяльності, екологія і охорона здоров'я дітей і молоді ХХІ сторіччя: сучасний стан, проблеми та перспективи»: зб. матеріалів міжнарод. наук.-практ. інтернет-конф. (27–28 вер. 2018 р. Переяслав-Хмельницький). 2018. С. 82-86.

ЗАСТОСУВАННЯ АНТИБАКТЕРІАЛЬНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ НА ТВАРИННИХ ФЕРМАХ ЯК ПРИЧИНА ВИНИКНЕННЯ РЕЗИСТЕНТНОСТІ МІКРООРГАНІЗМІВ

Купар І. В.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Ключові слова: антибіотики, антибіотикорезистентність, тваринні ферми.

Актуальність теми. На сьогоднішній день проблема антибіотикорезистентності надзвичайно актуальна у всьому світі. Виникнення стійкості значно знижує ефективність терапії і, як наслідок, підвищується тривалість лікування, а також збільшуються витрати на реабілітацію, що завдає значного економічного навантаження на бюджети країн.

Слід зауважити, що одна з основних причин виникнення резистентності – використання антибіотиків у тваринному господарстві, перш за все для сприяння росту худоби та профілактики інфекції. Передача стійких бактерій людям від сільськогосподарських тварин була відзначена більше ніж 35 років тому, коли у кишкової флорі сільськогосподарських тварин були виявлені високі рівні резистентних до антибіотиків бактерій. Методи молекулярного виявлення підтвердили, що стійкі бактерії, які знаходяться в організмі сільськогосподарських тварин досягають споживачів через м'ясопродукти. За даними Державного науково-дослідного інституту антибіотики виявляються в 40% зразків м'яса і м'ясних продуктів і в 25% зразків молока[9].

Резистентність або стійкість до антимікробних препаратів вважається серйозною загрозою для людей та тварин у майбутньому, а зростаючий рівень стійких бактерій може збільшити кількість інфекційних захворювань.

Таким чином, проблема використання антибактеріальних лікарських засобів на тваринних фермах, потребує всебічного аналізу причин виникнення, заходів профілактики та пошуку шляхів подолання.

Мета дослідження - на основі наукових джерел літератури проаналізувати сучасний стан проблеми використання антибактеріальних лікарських засобів на тваринних фермах, виділити основні напрямки її попередження та профілактики.

Матеріали та методи: бібліосемантичний (аналіз, співставлення, порівняння, узагальнення, систематизація наукової літератури для вивчення стану проблеми); системного аналізу та логічного узагальнення (для наукового обґрунтування ролі використання антибіотиків на тваринних господарствах в прогресуванні резистентності мікроорганізмів).

Результати дослідження.

Починаючи з 1940-х років, антибіотики застосовувались для порятунку життя мільйонів людей і вони відігравали найважливішу роль у захисті

здоров'я населення. Значна кількість антибіотиків, які використовуються для лікування людей, також масово застосовуються і у тваринництві [10].

Надмірне використання антибіотиків у тваринництві призводить до того, що бактерії мутують і пристосовуються – антибіотики перестають діяти. Регулярне вживання антибіотиків, які присутні у м'ясі птиці, свинини, яловичини, індички та риби, сприяє виникненню антибіотикорезистентності (стійкості до ліків), а також може стати причиною зниження імунітету, порушення обміну речовин, алергічних реакцій, появи набряків, дерматиту, дисбактеріозу [3].

Антибіотики, що використовуються у тваринництві, можуть потрапляти в навколишнє середовище, зокрема при виробництві антибіотиків, утилізації невикористаних препаратів та контейнерів, а також шляхом застосування відходів матеріалів, що містять ліки. Потраплення антибіотиків у довкілля буває при аваріях на виробництві, розпиленні часток кормів, а також із рештками тварин і відходами. Багато антибіотиків не повністю всмоктується в кишечнику, що призводить до екскреції вихідної сполуки та її метаболітів. Практика внесення в ґрунт гною сприяє поширенню антибіотиків у навколишньому середовищі. Вони можуть транспортуватися в підземні води та поверхневі ґрунти [4].

Все вище викладене, сприяє поширенню резистентності мікроорганізмів до антибактеріальних лікарських засобів. Вже через шість тижнів після потраплення антибіотиків в ґрунт їх знаходять в рослинах. Навіть незначна кількість антибіотиків здатна потрапляти з продуктами рослинного походження в організм тварин та людей, що призводить до накопичувального ефекту [1].

Контроль за зменшенням використання антибактеріальних лікарських засобів у ветеринарії – один з ключових напрямків подолання та профілактики антибіотикорезистентності мікроорганізмів.

Багато країн вже вжили заходів щодо зменшення використання антибіотиків у тваринництві.

Так, аби протидіяти стрімкому поширенню стійких до антибіотиків мікроорганізмів у Європейському Союзі ухвалили директиву, якою з 2022 року буде заборонено будь-яке рутинне використання антибіотиків на фермах, включаючи всі види профілактичного лікування тварин. Препарати можна буде застосовувати лише за приписом лікаря окремим тваринам або групам у разі діагностування конкретного захворювання. Країни ЄС вже більше десяти років докладають зусиль аби скоротити застосування антибіотиків у тваринництві. За цей період відповідні показники знизилися вдвічі [11].

Однак, слід зауважити, що залишаються країни, наприклад, США, які виступають проти такої заборони ЄС на антибіотики.

Контролем за застосуванням антибіотиків в Україні займається Державна санітарно-епідеміологічна служба України, яка має у своєму штаті акредитовані лабораторії та працює згідно з Державними санітарними

нормами та правилами «Медичні вимоги до якості та безпечності харчових продуктів та продовольчої сировини» [5]. У свою чергу, МОЗ України створено комісію з контролю за раціональним застосуванням антибактеріальних та противірусних препаратів: наказ МОЗ України № 489/111 від 24.12.2002 р. [7]. Організовано Науковий центр із моніторингу антибіотикорезистентності мікроорганізмів, що викликають неспецифічні інфекційні захворювання органів дихання [8].

У 2019 Кабінет Міністрів України затвердив Національний план дій боротьби зі стійкістю до протимікробних препаратів, до завдань якого входить - забезпечення розроблення та прийняття нормативно-правового акта про здійснення нагляду за протимікробною резистентністю у ветеринарній медицині [6].

З метою покращення ситуації щодо використання антибіотиків у галузі тваринництва в Україні з листопада 2020 року реалізовано проект «Зміцнення національного потенціалу для подолання ризиків антимікробної резистентності (АМР)». Організаторами та учасниками ініціативи є Продовольча та сільськогосподарська організація ООН (FAO), Асоціація «Свинарі України» (АСУ), Держпродспоживслужба, учені, фермери та інші представники галузі, повідомляє сайт АСУ [2].

Основними напрямками діяльності проекту є:

- оцінка реальної ситуації щодо використання антибіотиків у тваринництві;
- дослідження рівня обізнаності виробників щодо ризиків пов'язаних з антибіотирезистентністю;
- покращення нормативно - правової бази та політики щодо застосування протимікробних препаратів у тваринництві;
- покращення потенціалу національних лабораторій та можливості моніторингу;
- дослідження кращих практик та схем використання протимікробних препаратів, перспективи зменшення їх застосування у майбутньому.

Підсумовуючи все вище викладене, слід зауважити, що невирішеним питанням залишається проблема двостороннього контролю за поширеністю антибіотикорезистентних штамів мікроорганізмів із харчового ланцюга в зовнішнє середовище та спричинення захворюваності в людей.

Висновки. Провівши аналіз літературних наукових джерел можна зробити висновок, що використання антибіотиків на тваринних фермах є актуальною проблемою сьогодення.

Відтак, для врегулювання використання антибіотиків на тваринницьких комплексах необхідно встановити чіткі вимоги та забезпечити контроль за їхнім застосуванням, а також скорочувати їхнє використання.

Ми вважаємо, що ключовим питанням у проблемі профілактики та подолання антибіотикорезистентності мікроорганізмів, має стати - узгодження напрямів використання антибіотиків у ветеринарії.

Література

1. Антибіотики в тваринництві. URL: http://vetlabresearch.gov.ua/korysnainformatsiya/?ELEMENT_ID=1621 (Дата звернення 08.10.2021).
2. Асоціація свинарів України. URL: <http://asu.pigua.info/news/839/?type=asu> (Дата звернення 09.10.2021).
3. Використання антибіотиків на тваринницьких фермах – проблеми для здоров'я та довкілля. URL: <http://epl.org.ua/human-posts/vykorystannya-antybiotykiv-na-tvarynnytskyh-fermah-problemy-dlya-zdorov-ya-ta-dovkillya/> (Дата звернення 08.10.2021).
4. Патрабой В. В. Протимікробні засоби в продуктах харчування – нова загроза формуванню антибіотикорезистентності мікроорганізмів./ В. В. Патрабой Д. В. Ротар// *Буковинський медичний вісник*, 2014, 18, № 4: С . 233-236.
5. Про затвердження Державних санітарних норм та правил «Медичні вимоги до якості та безпечності харчових продуктів та продовольчої сировини: наказ МОЗ України від 29.12.2012 № 1140. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0088-13#Text>
6. Про затвердження Національного плану дій щодо боротьби із стійкістю до протимікробних препаратів: розпорядження Кабінету Міністрів України від 6 березня 2019 р. № 116-р URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/116-2019-p#Text>
7. Про створення Комісії з контролю за раціональним використанням антибактеріальних та противірусних засобів в Україні: наказ МОЗ України від 24.12.2002 № 489/111. URL: <http://mozdocs.kiev.ua/view.php?id=2173>
8. Про створення Наукового центру з моніторингу антибіотикорезистентності мікроорганізмів неспецифічних інфекційних захворювань органів дихання в Україні: наказ МОЗ України від 07.07.2012 № 42/500. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0042604-12#Text>
9. Райлян М. В. Основні причини зростання антибіотикорезистентності та шляхи вирішення проблеми/ М. В. Райлян, В. М. Васюра, І. С. Делікатна // Теоретичні та практичні аспекти розвитку сучасної медицини: Збірник тез наукових робіт учасників міжнародної науково-практичної конференції (м. Львів, 22–23 червня 2018 року). Львів: ГО «Львівська медична спільнота», 2018. С. 80
10. Antibiotics in Our Food System . URL: <https://foodprint.org/issues/antibiotics-in-our-food-system/> (Дата звернення 08.10.2021).
11. US/UK antibiotic use in poultry examined. URL: <https://www.poultryworld.net/Health/Articles/2020/6/USUK-antibiotic-use-in-poultry-examined-593547E/> (Дата звернення 09.10.2021).

ПРИНЦИПИ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ

Лебеденко А.М., Заблоцька О.С.

Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради

Ключові слова: здоров'я, збереження здоров'я, здоровий спосіб життя, принципи.

Key words: health, maintaining health, healthy lifestyle, principles.

Актуальність проблеми. Проблема збереження та зміцнення здоров'я є важливою та актуальною. Її розв'язання потребує знань про принципи здорового способу життя [1].

Мета дослідження полягає в теоретичному обґрунтуванні принципів здорового способу життя.

Матеріали та методи. Для проведення дослідження використано методи аналізу джерел наукової інформації з досліджуваної теми (бібліосемантичний метод) та метод логічного узагальнення інформації.

Результати дослідження. Здоров'я є цінністю кожної людини [2]. Як особистісне і суспільне явище здоров'я формується за умови дотримання кожним індивідом і суспільством в цілому принципів здорового способу життя. До таких принципів належать: відмова від шкідливих звичок, оптимальний режим праці і відпочинку (розпорядок дня), гігієна сну, дотримання особистої гігієни, рухова активність (заняття фізичними вправами і спортом), загартування та прогулянки на свіжому повітрі, правильне харчування, психофізична саморегуляція організму (уміння протистояти стресу), статева культура (сексуальне життя та безпечна сексуальна поведінка), повноцінне життя (задоволення від прожитого дня, позитивні емоції, інтелектуальний розвиток), систематичні медичні контролю тощо [3].

Шкідливі звички – це залежності, що мають негативний вплив на здоров'я. Найпоширенішими шкідливими звичками є: тютюнопаління (за статистичними даними Україна знаходиться на 17 місці серед країн світу); вживання алкогольних напоїв (щороку в Україні на облік ставлять більше 100 000 алкогольно-залежних); наркоманія (в країні зафіксовано 1,5-2 млн. осіб з наркотичною залежністю). Відмова від шкідливих звичок значно підвищує якість життя людини [4].

Розпорядок дня – це раціональний план дій протягом доби. Умовно він поділяється на: сон, вільний час, фізичну та розумову активність. Рекомендовано правильно організувати розпорядок дня. Ранок і день – вважається, найвищим періодом активності. Під час активної праці необхідно організувати перерви на відпочинок.

Сон (гігієна сну) – це стан фізичного спокою та рівноваги організму. В нормі людина повинна спати не менше 8 годин на добу.

Особиста гігієна – це необхідний комплекс заходів догляду за обличчям, тілом, волоссям, одягом, що сприяє збереженню здоров'я та задоволенню власним зовнішнім виглядом.

Рухова активність – є одним із найважливіших принципів здорового способу життя, що визначається обсягом фізичних навантажень. Фізична активність й систематичні фізичні навантаження покращують фізичний та психоемоційний стан людини, дозволяють їй досягнути спортивної форми, підвищити свою працездатність.

Загартовування – це поступова адаптація організму до стресових умов навколишнього середовища. До основних принципів загартовування належать: сонячні і повітряні ванни, обливання, обтирання, купання у відкритих водоймах, моржування. Загартовування як компонент здорового способу життя сприяє зміцненню здоров'я, підвищенню опірності організму та працездатності [6].

Правильне харчування – як основа здорового способу життя передбачає дотримання таких принципів як регулярність та збалансованість. Раціональне харчування полягає у вживанні якісних харчових продуктів, які містять достатню кількість жирів, білків та вуглеводів [5, 7].

Психофізична саморегуляція організму передбачає уникнення стресів та ефективне керування ними, є важливим принципом здорового способу життя. Адже стрес – це відповідь на дію несприятливих зовнішніх або внутрішніх чинників.

Сексуальне життя – є однією із важливих фізіологічних потреб людини, які покращують психоемоційний стан людини, підвищують імунітет, сприяють профілактиці багатьох захворювань у представників чоловічої та жіночої статі.

Безпечна сексуальна поведінка. Внаслідок недотримання статевої гігієни розповсюджуються захворювання, що передаються статевим шляхом, у тому числі ВІЛ/СНІД, що призводять до погіршення репродуктивного здоров'я населення.

Підтримання позитивних емоцій – це стан, що характеризується задоволенням певної потреби. Позитивні думки сприяють підвищенню імунітету. Тоді ж як, негативні емоції, постійні стреси негативно впливають на організм людини.

Постійний інтелектуальний розвиток кожної людини як запорука здорового способу життя повинен тривати постійно, незалежно від віку. Розвиток інтелектуальних здібностей розпочинається з дитинства і ніколи не закінчується.

Систематичні медичні контролю (профілактичні огляди) – є однією з важливих форм профілактики захворюваності. Мета профоглядів – попередження виникнення патологічних станів, а при наявних хронічних формах захворювань – ефективне ведення хворого.

Слід зазначити, що комплекс принципів здорового способу життя забезпечує різновекторний розвиток організму та його взаємодію із соціумом [8].

Висновки. Дотримання принципів здорового способу життя спрямоване на формування, зміцнення й збереження особистісного і суспільного здоров'я.

Література

1. Формування культури здоров'я у школярів. URL: <https://naurok.com.ua/referat-formuvannya-kulturi-zdorov-ya-u-shkolyariv-107779.html>
2. Федько О. Здоровий спосіб життя як цінність: проблеми формування. URL: <http://dspace.nbuv.gov.ua/bitstream/handle/123456789/13029/30-Fedko.pdf?sequence=1>
3. Принципи та методи формування здорового способу життя учнів. URL: https://stud.com.ua/27466/meditsina/printsipi_metodi_formuvannya_zdorovogo_sposobu_zhittya_uchniv (дата звернення 17.01.2021 р.).
4. Наркоманія в Україні. URL: https://uk.wikipedia.org/wiki/Наркоманія#Наркоманія_в_Україні
5. Товкун Л. Харчування студентської молоді в сучасних умовах. *Педагогіка. Гуманітарний вісник* № 30. 2013. С. 273
6. Бородінова Н.М. Про користь загартовування. URL: <https://selidovo.pmsd.org.ua/porady-likarya/pro-korist-zagartovuvannja-simejnij-likar-borodinova-n-m/>
7. Рациональне харчування людини. URL: <http://ua-referat.com>
8. Здоровий спосіб життя, принципи й складові. URL: <https://uahistory.co/pidruchniki/sobol-biology-and-ecology-11-class-2019-standard-level/21.php>

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ОСІБ ПРАЦЕЗДАТНОГО ВІКУ З ОСТЕОХОНДРОЗОМ ШИЙНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА

Лисак С. В., Філак Я. Ф.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Ключові слова: фізична терапія, остеохондроз шийного відділу хребта, лікувальна гімнастика.

Key words: physical therapy, osteochondrosis of the cervical spine, therapeutic gymnastics.

Актуальність проблеми. Остеохондроз хребта розглядають як одну із найбільш розповсюджених форм хронічного системного ураження сполучної і хрящової тканини, для якої характерно: тотальність і в той же час нерівномірність уражень окремих відділів хребта, невідповідність морфологічних змін клінічним проявам захворювання, спонтанне одужання та зникнення клінічних проявів. Проведені дослідження показали, що понад 80% дорослого населення земної кулі відчуває біль у спині, має особистий досвід лікування цієї хвороби. Це захворювання за кількістю хворих поступається лише респіраторним інфекціям і посідає третє місце у світі за частотою причин госпіталізації. За даними експертів ВООЗ, у розвинутих країнах захворювання досягає розмірів пандемій. Більшість хворих - це люди молодого та середнього віку, яким хвороба не дає можливості реалізувати свій потенціал, погіршує якість життя.

В основі остеохондрозу хребта лежить дегенерація міжхребцевого диска з подальшим залученням в процес тіл суміжних хребців, а також зміни в міжхребцевих суглобах і зв'язковому апараті. Наростання дегенеративних змін у міжхребцевому диску має відповідний морфологічний субстрат і характерні клінічні прояви. Багатогранність клінічних форм остеохондрозу супроводжується багатогранністю способів лікування, які складаються в основному з різноманітних ортопедичних, медикаментозних і фізіотерапевтичних методів, а також таких засобів фізичної реабілітації як лікувальна фізична культура у різних її формах, лікувальний масаж та природні фізичні чинники.

Мета дослідження – науково обґрунтувати та практично перевірити ефективність використання програми фізичної реабілітації у студентської молоді з остеохондрозом шийного відділу хребта.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати доступну медичну літературу та визначити основні причини виникнення остеохондрозу шийного відділу хребта у молодих осіб.

2. Скласти програму фізичної реабілітації при остеохондрозі шийного відділу хребта у відновлювальний період.

3. Перевірити ефективність запропонованої програми фізичної реабілітації при остеохондрозі шийного відділу хребта у студентської молоді.

Матеріали та методи. З цією метою дослідження проведені у 20 молодих осіб з остеохондрозом шийного відділу хребта у стадії ремісії, з них 10 хлопців і 10 дівчат віком від 19 до 21 року. Для вирішення сформованих завдань використовувались такі методи дослідження:

- аналіз науково-методичної літератури;
- оцінка відчуття болю у шийному відділі хребта;
- тест Шобера.

Результати дослідження. При поступленні на відновне лікування у поліклінічне відділення №1 м. Ужгорода пацієнти були детально обстежені. За даними опитування практично всі хворі обидвох груп скаржилися на болі або дискомфорт в шийному відділі хребта. Болі в грудному відділі відзначали 60% пацієнтів, обмеження рухливості в шийному відділі хребта відповідно 90,0% студентської молоді. Пальпаторну болючість окремих м'язів шиї, плеча, а саме трапецієподібного, дельтовидного, двоголового м'язу плеча відзначали усі пацієнти обидвох груп. Головні болі відзначали 80,0% студентської молоді хворих на остеохондроз шийного відділу хребта.

При проведенні оцінки болю у шийному відділі хребта методом анкетування за 10 бальною шкалою у студентів на остеохондроз шийного відділу хребта виявили такі показники. Результати анкетування аналізувались, оцінювались за 10 бальною шкалою та на їх основі розроблялись і пропонувались засоби фізичної реабілітації (табл.1.). Так, середні показники ступеню болю були такими: в області шиї – 6,90 балів.; в області плеча – 6,0 балів; в області лопатки – 4,86 балів.

Таблиця 1

Оцінка відчуття болю у хворих основної групи з остеохондрозом шийного відділу хребта до реабілітації

№	Вік пацієнта	Шия	Плече	Лопатка
1	19	7	4	4
2	19	6	5	4
3	20	6	7	5
4	20	9	6	7
5	21	8	8	8
6	21	5	6	4
7	21	8	7	6
8	21	5	4	4
9	19	8	6	7
10	20	7	7	5
x	20,1	6,90	6,0	5,3

Таким чином у більшості обстежених пацієнтів відзначаються висока ступінь болю в шийному відділі з іррадіацією в лопатку, плече.

При проведенні оцінки рухливості хребта у шийному відділі застосовувався модифікований тест Шобера: визначалась відстань від горбка потиличної кістки до остистого відростка УІІ-ого шийного хребця. У

пацієнтів основної групи відстань від горбка потиличної кістки до остистого відростка УІІ-ого шийного хребця становила $6,35 \pm 1.04$ см. при розгинанні 2.86 ± 0.76 см. Норма становить 8-10 см. при згинанні і 3-4 см. при розгинанні. Таке зниження амплітуди рухів в шийному відділі хребта оцінюється як помірне.

В методиці фізичної реабілітації хворих остеохондрозом використовувалися наступні засоби фізичної реабілітації: ранкова гігієнічна гімнастика, лікувальна гімнастика, лікувальна ходьба, реабілітаційний масаж, гідрокінезотерапія, плавання.

В результаті проведеного курсу реабілітації відзначається покращення клінічних проявів захворювання. Болі в грудному відділі хребта після проведення реабілітаційних заходів відзначали 40% пацієнтів, в шийному відділі – 30,0%, обмеження рухливості в шийному відділі хребта відзначали 50,0% пацієнтів. Головні болі уменшилися у 50,0% хворих. Болі колючого характеру в ділянці серця після реабілітації спостерігались у 40,0% хворих на остеохондроз.

Після проведення курсу реабілітаційних заходів відзначається позитивна динаміка відчуття болю (табл. 2). Показники відчуття болю у молодих осіб з остеохондрозом шийного відділу хребта вірогідно знизились. Середні показники ступеню болю були такими: в ділянці шиї середні показники відчуття болю знизились з 6,90 балів до 3,80 балів; в ділянці плеча – з 6,0 до 2,90 балів; в ділянці лопатки – відповідно з 5,30 до 1,90 балів, що свідчить про ефективність запропонованої програми фізичної реабілітації.

Таблиця 2

Оцінка відчуття болю після комплексу реабілітаційних заходів у пацієнтів основної групи

№	Вік пацієнта	Шия		Плече		Лопатка	
		До	Після	До	Після	До	Після
1	19	7	3	4	2	4	1
2	19	6	5	5	2	4	1
3	20	6	4	7	3	5	3
4	20	9	5	6	4	7	3
5	21	8	5	8	4	8	3
6	21	5	3	6	2	4	2
7	21	8	4	7	3	6	2
8	21	5	2	4	2	4	1
9	19	8	4	6	4	7	1
10	20	7	3	7	3	5	2
x	20,1	6,90	3,80	6,0	2,90	5,3	1,90

Відзначається позитивна динаміка рухливості хребта у шийному відділі. Повторно проведений модифікований тест Шобера показав, що відстань від горбка потиличної кістки до остистого відростка УІІ-ого шийного хребця у обстежених пацієнтів з остеохондрозом шийного відділу хребта збільшилась з $6,35 \pm 1,04$ см. до $7,46 \pm 1,07$ см, при розгинанні з $2,86 \pm 0,76$ см. до $3,07 \pm 0,44$ см., що свідчить про ефективність програми фізичної терапії.

Висновки.

1. Проведені дослідження окремих клінічних показників і функціонального стану хребта показали, що у хворих з остеохондрозом шийного відділу хребта найбільш характерними є виражені болі та зниження амплітуди рухів в шийному відділі хребта. У більшості обстежених молодих осіб відзначаються висока ступінь болю в шийному відділі з іррадіацією в лопатку, плече.

2. Під впливом комплексної програми реабілітації, що включала РГГ, лікувальну гімнастику, реабілітаційний масаж, лікувальна ходьба, гідрокінезотерапія, плавання відзначено позитивну динаміку клінічних даних, показників амплітуди рухів в шийному відділі хребта.

Література

1. Боренштейн Д.Г., Визель С.В., Боден С.Д. Боли в шейном отделе позвоночника. Диагностика и комплексное лечение: Пер. с англ. / М.: Медицина, 2005. 792 с.

2. Епифанов В.А., Епифанов А.В. Остеохондроз позвоночника (диагностика, лечение, профилактика). М.: МЕДпресс - информ, 2004. 272 с.

3. Котелевский В. И. Дифференцированные комплексы физической реабилитации у молодежи с патологией позвоночника / В.И. Котелевский, О.П. Тимошенко, Ф.С. Леонтьева // Слобожанський науково-спортивний вісник. 2014. № 6. С. 62–68.

4. Маханек О.В. Клинико-иммунологические критерии эффективности магнитолазерной терапии в лечении неврологических проявлений остеохондроза шейного отдела позвоночника: автореф. дис. ...канд. мед. наук. М., 2004. 22 с

5. Черкасова В.Г. Лечебная физическая культура при остеохондрозе позвоночника: метод. рекомендации / В.Г. Черкасова. – Перм: Престайм, 2010. С.23 с.

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ КОЛІТ З ГІПОМОТОРНИМ СИНДРОМОМ В УМОВАХ САНАТОРІЮ

Ломага М.М., Філак Ф. Г.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Ключові слова: хронічний коліт, моторна функція кишківника, лікувальна гімнастика, електроколограма.

Key words: chronic colitis, motor function of the intestine, therapeutic gymnastics, electrocologram.

Актуальність проблеми. В останній час у всьому світі відмічається прогресуюче зростання хвороб кишківника у зв'язку з урбанізацією життя, гіпокінезією, а також з такими негативними соціально обумовленими явищами, як неадекватне, незбалансоване харчування, алкоголізм, паління, наркоманія тощо. Хронічний коліт – захворювання, яке зустрічається найчастіше. Незважаючи на численні методи лікування хронічного коліту, його терапія є складною та не до кінця вирішеною проблемою, у зв'язку з чим не завжди вдається попередити розвиток рецидивів і ускладнень. Тому розробка нових ефективних реабілітаційних комплексів відновного лікування хронічного коліту, що враховують сучасні погляди на патогенез, є актуальним напрямом медичної науки.

Мета дослідження. розробити і запропонувати комплексну програму фізичної реабілітації для хворих на хронічний коліт з гіпомоторним синдромом в умовах санаторію.

Методи дослідження. Дослідження проведено у 10 хворих на хронічний коліт із гіпомоторним синдромом віком від 45 до 55 років, з них 5 чоловіків і 5 жінок. При поступленні на санаторно-курортне лікування пацієнти були детально обстежені. З метою детального обстеження і контролю за функціональним станом хворих на хронічний коліт з гіпомоторним синдромом використовували слідуєчі методи дослідження на початку і у кінці курсу реабілітації, а саме клінічні спостереження, визначення показників фізичного розвитку (витривалість м'язів черевного пресу), дослідження моторної функції кишечника.

Результати дослідження. За даними опитування практично всі хворі на хронічний коліт скаржилися на відчуття важкості в епігастрії, який відзначали 90,0% хворих. Скарги на постійний ниючий біль в ділянці сигмовидної кишки, який поступово посилюється при ходьбі відзначали 70,0% пацієнтів. Здуття живота, бурчання по ходу кишківника відзначали відповідно 80,0% і 70,0% хворих. Закрепи відзначали 100,0% пацієнтів. При пальпації відзначали болючість по ходу товстої кишки особливо в ділянці сигмовидної кишки відзначали 60,0% хворих га хронічний коліт. Дратівливість, емоційну нестійкість та загальну слабкість відзначали відповідно 80,0% і 50,0% хворих. Витривалість м'язів черевного преса для

хворих основної групи становило $18,7 \pm 1,3$ с і $19,1 \pm 1,4$ с., що оцінювався як результат незадовільний.

При нормокінетичному типі електроколограми вольтаж зубців складав $0,12 - 0,14$ мВ для сліпої кишки та $0,22 - 0,24$ мВ – для сигмовидної. При дослідженні стану моторної функції кишківника натще у хворих хронічним колітом із гіпомоторним синдромом у 18 (90,0%) обстежених відзначалось зниження міоелектричної активності сліпої та сигмовидної кишок. Найбільш характерні були низькоамплітудні тонічні і перистальтичні коливання сигмовидної кишки на фоні підвищення частоти її тонічних скорочень, що спостерігалось у 9 (90,0%) обстежених основної групи та у 9 (90,0%) обстежених контрольної групи. Це гіпотонічний-тахіритмічний тип моторики ($0,19 \pm 0,02$ мВ). Нормотонічний-тахіритмічний тип моторики сигмо видної кишки виявляли у 1 (10,0%) основної групи та у 1 (10,0%) хворих контрольної групи. Міоелектрична активність сліпої кишки у пацієнтів обох груп також знижена. Характерними є низькоамплітудні тонічні і перистальтичні коливання вольтажу (мВ) сліпої кишки на фоні зниження частоти тонічних скорочень у всіх пацієнтів 10 (100,0%) основної і 10 (100,0%) контрольної груп ($0,09 \pm 0,01$ мВ).

В програму реабілітації входило: ранкова гігієнічна гімнастика, лікувальна гімнастика, лікувальний класичний і сегментарно-рефлекторний масаж, внутрішній прийом мінеральної води «Поляна Купіль», вуглекислі мінеральні ванни, ампліпульстерапія. Курс санаторно-курортної реабілітації становив 21 день.

У результаті проведених реабілітаційних заходів у 80,0% хворих на хронічний коліт покращились клінічні показники. Відчуття важкості в епігастрії після курсу реабілітації відзначали лише 20,0% пацієнтів, ниючий біль в ділянці сигмовидної кишки виявляли у 30,0% хворих. Здуття живота, бурчання по ходу кишечника після реабілітації виявляли відповідно 10,0% і 20,0% хворих. Закрепи після реабілітації відзначали лише 30,0% пацієнтів. Проведені дослідження показників фізичного розвитку після комплексу реабілітаційних заходів свідчать, що результати тесту на витривалість м'язів черевного пресу збільшилися до $29,5 \pm 1,4$ сек, і оцінюються як «добре». У хворих на хронічний коліт після проведених реабілітаційних заходів вірогідно підвищилися показники частоти тонічних хвиль сліпої ($P < 0,05$ і з $0,51 \pm 0,02$ до $0,65 \pm 0,03$ мВ ($P < 0,05$), сигмовидної $0,55 \pm 0,01$ до $0,69 \pm 0,05$ мВ ($P < 0,05$) кишок. Відзначається також достовірне підвищення показників амплітуди тонічних хвиль сліпої з $0,16 \pm 0,01$ до $0,20 \pm 0,006$ мВ сигмовидної $0,18 \pm 0,009$ до $0,24 \pm 0,02$ мВ ($P < 0,05$) кишок.

Висновки. 1. У більшості хворих на хронічний коліт з гіпомоторним синдромом крім клінічних проявів відзначаються: знижений тонус м'язів черевного пресу, недостатня моторна функція товстої кишки, розлади моторно-евакуаторної функції кишечника. На фоні санаторної реабілітації лікувальна гімнастика та сегментарно-рефлекторний масаж є одним із

провідних методів відновного лікування для хворих на хронічний коліт з гіпомоторним синдромом.

Література

1. Воспалительные заболевания кишечника. Клиническое руководство Под ред. Д. Дж. Штайн, Р. Шейкер; Пер. с англ.; Под ред. И.Л. Халифа М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. 256 с.

2. Выгоднер Е.Б. Физические факторы в гастроэнтерологии. М.: Медицина, 1987. 304с.

3. Гастроентерологія: підручник у 2-х томах /За редакцією Харченко Н.В., Бабака О.Я. 2-е вид., переробл., доповн. Кіровоград.: Поліум, 2017. Т. 2. 432 с.

4. Григорьев П.Я., Яковенко Э.П. Диагностика и лечение хронических болезней органов пищеварения. М.: Медицина, 1990. 284с.

5. Серебряна Л.А. Реабилитация больных с патологией органов пищеварения. К.: Здоровья, 1989. 208с.

ДЕМОГРАФІЧНА СИТУАЦІЯ ТА ОЦІНКА РІВНЯ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ ЖИТОМИРСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Лошакова І. С., Шатило В. Й.

Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради

Ключові слова: чисельність населення, народжуваність, смертність, природний приріс, захворюваність.

Актуальність проблеми. Вивчення тенденцій і динаміки здоров'я населення є однією з важливих складових медичної галузі, однак сьогодні дана проблема актуалізується саме у галузі Громадського здоров'я. Медико-демографічні процеси в Житомирській області, свідчать про незадовільний рівень здоров'я її населення, адже показники захворюваності залишаються стабільно високими впродовж останніх років, причому спостерігається щорічна реєстрація нових випадків й відсутність тенденції до їх зниження, що негативно позначається на смертності населення області.

Також спостерігається загострення демографічної ситуації, котра характеризується низькими показниками народжуваності, високими показниками смертності, що формує негативний природний приріс, що є гострою медико-соціальною проблемою, яка потребує поглибленого дослідження та пошуку шляхів її вирішення.

Мета дослідження. Дослідити медико-демографічні проблеми та окремі тенденції в стані здоров'я населення Житомирської області в період 2016-2021 рр.

Матеріали та методи. медико-статистичний, аналітичний та логічного узагальнення.

Результати дослідження. За досліджуваний період, 2016-2021 рр., демографічна ситуація в Житомирській області, свідчить про наявну тенденцію до стійкої депопуляції, тобто, зменшення відтворення населення. За даними Державної служби статистики (ДСС) України та даних головного управління статистики (ГУС) в Житомирській області чисельність населення області станом на 1 серпня 2021 року становить 1 186 864 осіб (1 187 633 - постійне населення), тоді як середня чисельність у січні–липні цього ж року становила на 4315 осіб більше (наявне населення - 1 191 179), (постійне населення – 1 191 948); у 2020 р. зафіксовано 1 201 853 осіб – наявного та 1 202 622 осіб постійного населення; у 2019 р. - 1 214 202 осіб/1 214 971 осіб; у 2018 р. - 1 225 716 осіб/1 226 485 осіб; у 2017 р. - 1 235 860 осіб/1 236 629 осіб. [1;3] Отримані дані, свідчить про тенденцію зменшення чисельності населення з кожним роком. Розподіл населення області за статтю, характеризується перевагою представників жіночої статі до загальної кількості населення. Їх частка у загальній чисельності постійного населення складає 54% (46% - чоловіків), відповідно до даних ГУС у Житомирській області та аналітичного дослідження «Гендерне обличчя Житомира: вчора,

сьогодні, завтра». Однією з характеристик демографічної «старості» є середній вік населення. Як свідчать, дані діаграми (Рис.1.) середній вік населення області серед чоловіків та жінок має поступову, але позитивну тенденцію до підвищення [2].

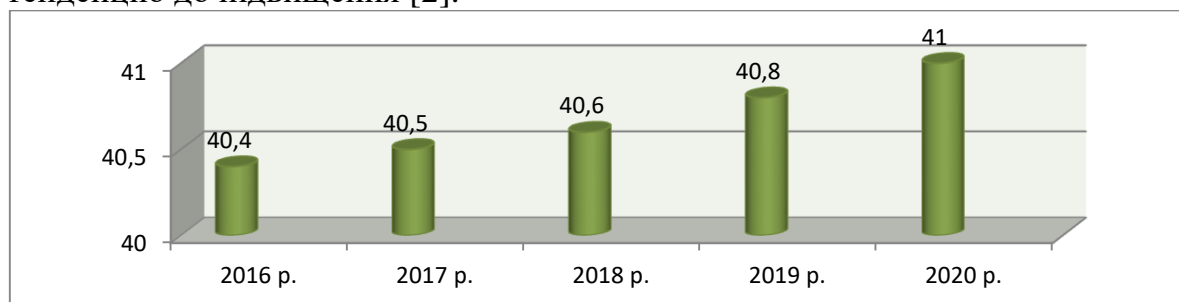


Рис.1. Середній вік населення обох статей з 2016 р. по 2020 р.

В окремих районах Житомирської області та м. Житомир у січні-липні поточного календарного року, результати природного руху населення є невтішними, адже природний приріст є від'ємним та становить -8438. Серед районів найвищий негативний показник природного приросту у Житомирському районі (-3935), у Коростенському районі (-2006), у м. Житомир (-1359). Дещо нижчі показники,- у Бердичівському (-1271) та Новоград-Волинському районі (-1186), ніж в інших районах області. На Рис.2. висвітлено результати даних ДСС України щодо кількості живонароджених, померлих та природного приросту в області за останні 6 років(в т.ч. за 6 міс. 2021 р) [2].

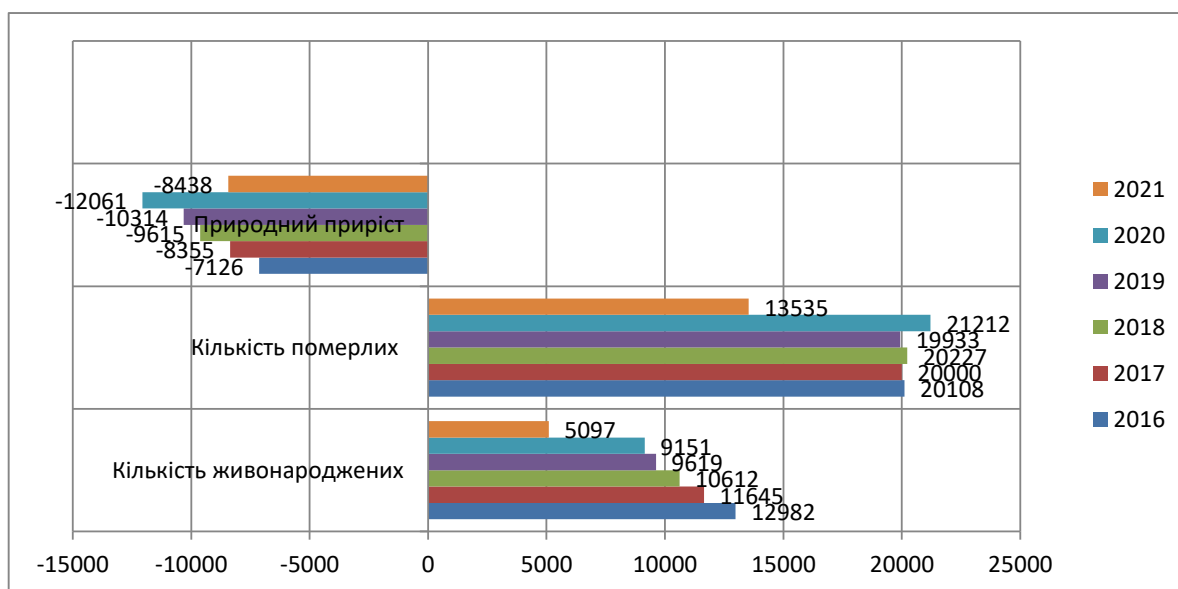


Рис.2. Природний рух населення

Природний приріст в досліджуваній період постійно зберігає від'ємну тенденцію. Щодо народжуваності (живонароджені), то з кожним роком прослідковується тенденція до поступового зменшення їх кількості. В період з 2016 по 2020 рік спостерігається невелике коливання кількості

померлих, з деяким зростанням, на 5% в 2020 році. В 2021 р. за 6 місяців спостереження даний показник демонструє деяке збільшення і погіршує прогнозні показники смертності за 2021 рік. Надалі зберігається суттєве перевищення кількості померлих над кількістю народжених.. Також спостерігається позитивна динаміка щодо зменшення кількості випадків смерті дітей у віці до 1 року (малюкова смертність) в період з 2016 по 2019 р. 2;3]

Коефіцієнт природного приросту населення в області у 2020 році склав – (-10,0) на 1000 населення, проти (- 8,5%) у попередньому році. Загальний коефіцієнт народжуваності за 2020 рік знизився на 3,8% та становить 7,6% на 1000 населення, проти 7,9% у 2019 році. Загальний коефіцієнт смертності за 2020 рік зріс на 7,3% й становить 17,6% на 1000 населення, тоді як у 2019 р. зафіксований показник 16,4%.

У 2021 пріоритетними причинами смертності населення залишаються хвороби системи кровообігу, новоутворення, а третю позицію займає COVID-19, які разом складають 84,4% від усіх причин летальності. Слід зазначити, що за січень-липень поточного календарного року значна кількість населення померла від захворювань системи кровообігу (9056 осіб), де спостерігається найбільша кількість летальних випадків від ішемічної хвороби серця (5256 осіб) [1].

Основними причинами смертності населення Житомирщини у 2020 році є хвороби системи кровообігу, новоутворення та зовнішні причини смерті. Загалом основні причини у 2020 р. склали 84,9% від усіх причин летальності [1].

Висновки. На основі проведено медико-статистичного дослідження, ми констатуємо, що в останні роки спостерігається порушення процесу відтворення населення, що в результаті зумовило явище депопуляції в області. Депопуляційні процеси, характерні для сучасного етапу демографічного розвитку Житомирського регіону, вимагають посилення уваги до – продовження тривалості життя, поліпшення стану здоров'я, підвищення якості життя, тощо. Водночас подолання демографічної кризи та досягнення сталого демографічного розвитку, нормалізація відтворення населення є тривалим і складним процесом. При цьому вихід з демографічної кризи, полягає не лише в подоланні депопуляції, але й у підвищенні якості життя населення, що сприятиме відтворенню трудового потенціалу.

Література

1. Головне управління статистики у Житомирській області. URL: <http://www.zt.ukrstat.gov.ua/>.
2. Банк даних Державної служби статистики України. URL: <http://database.ukrcensus.gov.ua/MULT/Dialog/statfile.asp?lang=1>
3. Державна служба статистики України. URL: <http://www.ukrstat.gov.ua>.

ОКРЕМІ АСПЕКТИ СТАВЛЕННЯ НАСЕЛЕННЯ ЗАКАРПАТСЬКОЇ ОБЛАСТІ ДО ПРОБЛЕМИ COVID-19 ТА ВАКЦИНАЦІЇ

Маслякевич А. В.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Ключові слова: коронавірус, COVID-19, статистика, Закарпатська область, вакцинація.

Key words: coronavirus, COVID-19, statistics, Transcarpathian region, vaccination.

Актуальність проблеми. Коронавірусна інфекція COVID-19 – гостре респіраторне захворювання, яке спричиняється коронавірусним штамом SARS-CoV-2 [1]. Вперше спалах COVID-19 був зафіксований у грудні 2019 року в місті Ухань, Китай. А вже 30 січня 2020 року Всесвітня організація охорони здоров'я оголосила COVID-19 надзвичайною ситуацією глобального характеру, і 11 березня 2020 року було проголошено про світову пандемію спричиненою коронавірусним штамом SARS-CoV-2 [2]. На території України, перший випадок інфікування коронавірусом було зафіксовано 3 березня 2020. На 10.11.2021 р., за офіційними статистичними даними МОЗ України, захворіли 3 130 772 особи, з них одужали 2 553 842 особи, летальних випадків – 74 206.

Кампанія вакцинації на території України почалася 24 лютого 2021 року. Перша вакцина, яка була зареєстрована, була від виробника Serum Institute of India Covishield [3].

На сьогоднішній час питання щодо коронавірусної інфекції та вакцинації від COVID-19 сприймається досить гостро, як в медичній сфері, так і в соціальній. В кожній людині є своя думка, бачення, з приводу самого захворювання, його поширення, як правильно вберегти себе від інфікування, яким засобам масової інформації довіряти, де перевіряти інформацію, яким вакцинам довіряти з тих, що офіційно зареєстровані Міністерством охорони здоров'я України. Але не слід забувати, що кожна людина несе відповідальність за свої дії, та в той же час не має зашкодити своєму соціальному оточенню. Кожен усвідомлений громадянин повинен знати про заходи профілактики інфікування коронавірусом.

Мета дослідження. Проаналізувати динаміку ставлення дорослого населення Закарпатської області до проблем, пов'язаних з коронавірусною інфекцією.

Матеріали та методи. Дослідження проводилося за допомогою спеціально створених анкет та порівняльного аналізу 2 етапів дослідження. Перший етап був проведений у квітні 2021 року (308 учасників дослідження), другий етап – у жовтні 2021 року (200 осіб дорослого населення Закарпатської області) Під час виконання дослідницької роботи були використані статистичний та соціологічний методи.

Результати дослідження. За результатами другого етапу дослідження визначено, що 47% респондентів вказали, що хворіли на COVID-19, а більшість (71%) зазначили, що хворіли члени їх сімей.

На першому етапі дослідження третина учасників дослідження вказали, що дізналися про захворювання тільки при здачі тесту на COVID-19, а на другому етапі – майже половина учасників (49%). Опитування у квітні показало, що 53,2% опитаних осіб запідозрили у себе хворобу через певні симптоми (втрата нюху, смаку, висока температура тіла), натомість на другому етапі дослідження визначено, що тільки 28% опитаних зрозуміли про захворювання через вказані симптоми.

В результаті дослідження у жовтні 2021 року було встановлено, що 79% респондентів постійно використовують захисну маску в громадських місцях, 83% – в супермаркетах, 78% – в громадському транспорті. В порівнянні з першим етапом дослідженням в 2 рази більше респондентів вказали, що завжди одягають маску – 33,8%.

Під час першого етапу дослідження визначено, що тільки 42,2% опитаних підтримували програму вакцинації в Україні, під час другого етапу частка таких осіб збільшилась в 1,8 разів і склала 74%. Довіру вакцині Pfizer підтвердили 52% опитаних другого етапу, Janssen-Johnson and Johnson – 23%, AstraZeneca – 21%, Sinovac – 16%, Novavax – 2%, Moderna – 15%, всім вакцинам – 13%.

Також на другому етапі дослідження встановлено, що 55% опитаних вакциновані від COVID-19: вакцинами Comirnaty від Pfizer (31%), CoronaVac від Sinovac (15%), AstraZeneca (4%), Janssen-Johnson and Johnson (5%) і Moderna (3%). З них про наявність щеплення двома дозами вакцини вказали 68,6% осіб, однією дозою – 31,4%. Встановлено, що вакцинацію респонденти отримували в закладах охорони здоров'я (70%), пунктах вакцинації (26,7%), визначених місцях вакцинації за кордоном (13,3%). На сайті МОЗ України у розділі «Вакцинація від COVID-19» вказано, що на території Закарпатської області створено 213 пунктів щеплень та 17 центрів масової вакцинації [4], що у 2,8 разів більше в порівнянні з квітнем 2021 року.

За офіційними даними, поточна статистика по вакцинації станом на 9.11.2021 в Закарпатській області складає: 250 143 (20,06%) – кількість вакцинованого населення, 166 698 (13,37%) – повністю вакцинованого населення. За статистикою вакцинації від COVID-19 в Україні станом на 9.11.2021, Закарпатська область знаходиться на 23 місці з 25 по кількості вакцинованого населення [5].

Висновки. Результат даного дослідження свідчить про недостатній рівень відповідального ставлення до профілактичних дій щодо COVID-19 населення Закарпатської області: використання індивідуальних захисних засобів, недовіра до вакцинації, рівень вакцинації. Отже, система громадського здоров'я потребує посилення профілактичних заходів, комунікаційних кампаній щодо ефективності вакцин та самого проведення вакцинальної кампанії.

Література

1. COVID 19: що необхідно знати про пандемію коронавірусної інфекції. *Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія*. 2020. № 2. С. 18-20. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/kialin_2020_2_5
2. ВООЗ. Хронологія дій ВООЗ по боротьбі з COVID-19. URL: <https://www.who.int/ru/news/item/29-06-2020-covidtimeline>
3. МОЗ. Коронавірус в Україні. URL: <https://covid19.gov.ua/>
4. МОЗ. Список пунктів щеплення та масової вакцинації. URL: <https://list.covid19.gov.ua/>
5. Міністерство фінансів. Вакцинація від коронавірусу в Закарпатській обл. URL: <https://index.minfin.com.ua/ua/reference/coronavirus/vaccination/ukraine/zakarpatskaya>

КОМПЛЕКСНЕ ВИКОРИСТАННЯ ЗАСОБІВ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ ПРИ ВИВЧЕННІ ДИСЦИПЛІНИ «ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я З ОСНОВАМИ ЕПІДЕМІОЛОГІЇ» МАГІСТРАМИ СПЕЦІАЛЬНОСТІ 227.1 «ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ»

Миронюк І.С., Брич В.В.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Ключові слова: громадське здоров'я, епідеміологія, дистанційне навчання.

Актуальність. Підготовка магістрів за спеціальністю 227.1 «Фізична терапія» передбачає набуття компетентностей професіонала охорони здоров'я, який самостійно провадить власну професійну діяльність і є автономним компонентом системи охорони здоров'я [1]. Дисципліна «Громадське здоров'я з основами епідеміології» забезпечує досягнення низки фахових компетентностей та програмних результатів навчання, визначених освітньо-професійною програмою. Важливо, що фізична терапія є складовою системи реабілітаційної допомоги, яка відіграє одну з провідних ролей в досягненні стратегії ВООЗ «Здоров'я для всіх у ХХІ столітті», базової стратегії у сфері громадського здоров'я [2]. Тому, засвоєння здобувачами освіти за даною спеціальністю знань і умінь, визначених предметом «Громадське здоров'я з основами епідеміології» є важливим, і не повинно залежати від умов викладання і форм навчання здобувачів. Тому питання забезпечення якості засвоєння здобувачами даного предмету в умовах карантинних обмежень та дистанційного навчання є актуальним.

Мета дослідження. Проаналізувати та обґрунтувати засоби дистанційної освіти, які використовуються для опанування компетентностей освітнього компоненту «Громадське здоров'я з основами епідеміології» для здобувачів другого (магістерського) рівня вищої освіти за спеціальністю 227 «Фізична терапія» у ДВНЗ «Ужгородський національний університет».

Матеріали та методи. Матеріалами дослідження стали результати опрацювання та аналізу робочої програми і силабусу навчальної дисципліни «Громадське здоров'я з основами епідеміології», навчально-методичні матеріали та наповнення інформаційно-комунікаційних джерел, що використовуються в процесі дистанційного навчання підготовки здобувачів другого (магістерського) рівня вищої освіти за спеціальністю 227.1 «Фізична терапія». Використані бібліосемантичний метод та метод структурно-логічного аналізу.

Результати дослідження. Основним нормативним документом, який визначає зміст навчальної дисципліни «Громадське здоров'я з основами епідеміології», її відповідність освітньо-професійній програмі «Фізична терапія», критерії та засоби оцінювання є робоча програма навчальної дисципліни. З впровадженням дистанційної форми навчання внаслідок

карантинних заходів виникла необхідність змінити підходи до викладання та забезпечення можливості опанування необхідних компетентностей здобувачами освіти. З цією метою при вивченні дисципліни використовуються комплекс засобів дистанційного навчання:

1. Сайт електронного навчання ДВНЗ «УжНУ» (e-learn.uzhnu.edu.ua) на базі платформи Moodle (модульне об'єктно-орієнтоване динамічне навчальне середовище). Сторінка курсу навчальної дисципліни «Громадське здоров'я з основами епідеміології» розподілена на категорії, які відповідають тематиці робочої навчальної програми – 10 тем за двома змістовими модулями: «Громадське здоров'я як наука та галузь практичної діяльності» та «Основи епідеміології». Кожна категорія наповнена інформаційно-тренувальним комплексом: файлами з лекцією та вказівками до практичного заняття, тренувальним тестом та контрольним тестом з обмеженням за часом та спробами. Загалом курс містить базу з 100 тестів автоматичної перевірки та 60 теоретичних питань ручної перевірки. Окремі категорії за темами доповнені практичними завданнями та ситуаційними задачами.

2. Освітнє середовище ДВНЗ «УжНУ» на платформі Google Workspace for education. Всі науково-педагогічні працівники та здобувачі освіти мають облікові записи в системі uzhnu.edu.ua. Для дисципліни «Громадське здоров'я з основами епідеміології» використовуються такі інструменти: Classroom (для організації та управління процесом навчання), Meet (для комунікації, проведення лекцій та практичних занять), Docs (для формування завдань, створення спільних документів, групової роботи над завданнями), Sheets (для вільного доступу до отриманих оцінок), Forms (для оцінки розуміння здобувачами). У Classroom створено курс дисципліни з постійним посиланням на відеозустрічі. До курсу долучені науково-педагогічні працівники, які забезпечують викладання навчальної дисципліни, та здобувачі освіти, які наразі опановують необхідні компетентності. Відповідно до затвердженого розкладу викладачі та здобувачі комунікують за допомогою сервісу Meet. В рамках змістових модулів для здобувачів у Classroom створюються завдання з написання есе на тему «Роль фізичного терапевта в системі громадського здоров'я» та виконання самостійної індивідуальної роботи (формування проекту за обраною проблемою громадського здоров'я (на основі 3 основних функцій та 10 ключових послуг громадського здоров'я) за запропонованою схемою. Здобувачі після виконання робіт завантажують їх у відповідні комірки, а викладач надає коментарі з можливістю виправлення та наступною презентацією робіт на практичному занятті у Meet. Також у Classroom створюється групові завдання за окремими найбільш значимими проблемами громадського здоров'я (визначення проблеми, обґрунтування основних перешкод на рівні країни, формування заходів подолання) з можливістю редагувати спільні документи. Здобувачі спільно працюють над документами, чим набувають навички ділової комунікації, генерування нових ідей та прийняття рішень з використанням сучасних інформаційно-комунікаційних технологій, що

відповідає вимогам набуття загальних компетентностей освітньо-професійної програми.

Вся інформація щодо організаційних аспектів вивчення дисципліни «Громадське здоров'я з основами епідеміології» надається здобувачам у вигляді силабусу, який містить інформацію про цілі навчання, очікувані результати, викладачів та можливі шляхи комунікації з ними, необхідне технічне забезпечення, посилання на Classroom та Meet, терміни виконання завдань та перевірки робіт, змістове наповнення.

Висновки. Широке використання різних форм і методів дистанційного навчання, комбінування прийомів дистанційного навчання із застосуванням різних інструментів та платформ on-line комунікації дозволяє зберегти високий рівень якості освітнього процесу з повним досягненням очікуваних результатів навчання при вивченні навчальних дисциплін. Зокрема, запропонована модель вивчення дисципліни «Громадське здоров'я з основами епідеміології» дозволить забезпечити набуття майбутніми фізичними терапевтами усіх необхідних компетентностей.

Література

1. Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78. Охорона здоров'я: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 29 березня 2002 р. № 117. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/va117282-02#Text>

2. Всемирная ассамблея здравоохранения, 51 сессия. (1998). Здоровье для всех в двадцать первом столетии. Всемирная организация здравоохранения. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85253/ra5.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

СТАН ТРАВМАТИЗМУ СЕРЕД ЗДОБУВАЧІВ ОСВІТИ

Мищук І.М.

Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради

Ключові слова: травма, здобувачі, травматизм, випадки, профілактика.

Key words: trauma, applicants, traumatism, cases, prevention.

Актуальність проблеми. Травми, отримані в результаті дорожньо-транспортних аварій, падінь, опіків, або військових дій щорічно призводять до смерті понад п'яти мільйонів осіб у всьому світі і завдають шкоди здоров'ю багатьох мільйонів людей. Травми є причиною 9% усіх випадків смерті в світі і загрожують здоров'ю кожної людини. За оцінками, на кожен епізод смерті припадають десятки госпіталізацій, сотні звернень до служби невідкладної допомоги і тисячі звернень до лікарів. Значна частка людей, що вижили після отриманих травм, страждає від тимчасової або постійної інвалідності. За даними ВООЗ у світі на молодих людей віком від 15 до 44 років припадає практично 50% смертності, пов'язаної з травматизмом. Вказана вікова категорія складає істотну частку економічно продуктивних трудових ресурсів в своїх країнах. Серйозний економічний вплив цього явища в тій чи іншій країні, що розвивається не викликає сумнівів. Основний годувальник сім'ї не має доступу до послуг в разі будь-якої травми, яка позбавляє його працездатності, родина ж змушена віддавати наявні у неї цінні кошти на підтримку цього члена сім'ї, який отримав травму [1]. Здобувач освіти, що не зміг уникнути травми, через її наявність має додаткові труднощі в опануванні освітнього простору.

Мета дослідження: вивчити та проаналізувати стан травматизму серед здобувачів Житомирського медичного інституту та проблеми його профілактики.

Матеріали та методи дослідження: вивчення джерел інформації, математичний аналіз, логічне узагальнення.

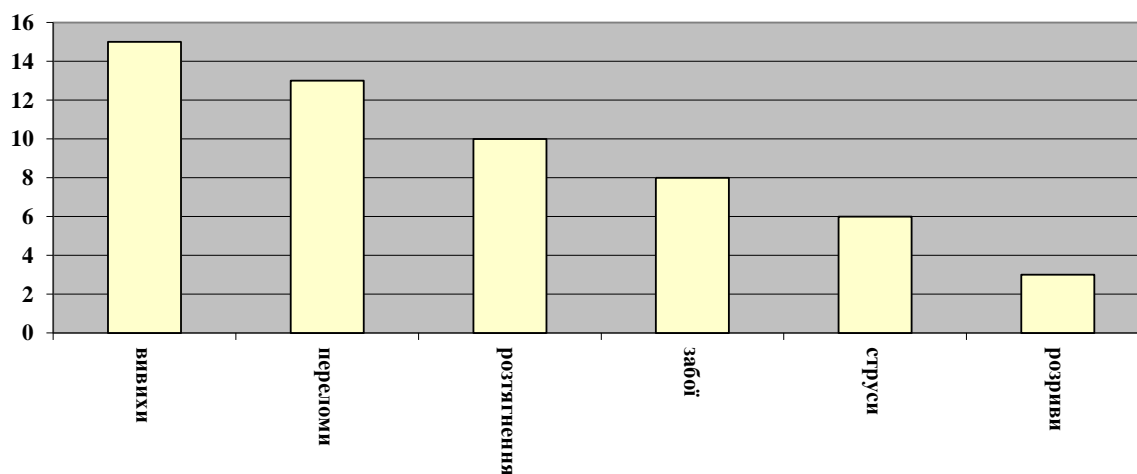
Результати дослідження. Нині практично йде мова про епідемію травматизму серед населення, оскільки випадки травматизму можна визнати такими, що посідають четверте місце після вірусних захворювань (грип, ГРВІ, Covid-19). Щодня до травм пунктів міста Житомира звертається біля 50-60 пацієнтів, переважна більшість - це випадки вуличного травматизму, серед яких є пацієнти з тяжкими травмами. Якщо вуличний травматизм зростає серед дорослого населення саме взимку, то найбільша кількість звернень серед осіб віком до 18 років припадає на теплий період, коли зростає світловий день і під час канікул, що пов'язано з більш тривалим знаходженням на вулиці. Якщо зазвичай взимку до Житомирської обласної дитячої клінічної лікарні з приводу травм за добу реєструється 20-30 звернень, то влітку ця цифра зростає до 50-70. Переважають травми отримані: внаслідок кататравми (в основному внаслідок падіння з дерев та з

двоколісного транспорту), на незадовільно облаштованих літніх майданчиках, внаслідок намагань перелізти через паркани або металоконструкції, при переході дороги перед транспортом, та ін [3]. Серед здобувачів освіти, як і серед школярів реєструються випадки спортивного травматизму, що отримані на уроках фізкультури та у секціях. Характер травми вимагає залучення крім травматолога ще й інших вузькопрофільних фахівців переважно хірургічного профілю. Довідково: за період з 01 по 29 січня 2021 року до травм пунктів міста Житомира звернулося 1680 осіб, з них – 466 дітей. Причому 979 випадків пов'язані з вуличним травматизмом. Основна причина звернень пацієнтів – переломи рук і ніг [1].

Студентський травматизм є однією з актуальних проблем охорони здоров'я, він стосується осіб працездатного віку і несе негативні наслідки для економіки.

За період 2018-2019 років серед здобувачів Житомирського медичного інституту було зафіксовано 141 випадок травм.

За 2020 рік було зареєстровано 55 випадків травм, структура яких відповідно до довідок наведена нижче:



Найбільшу кількість травм отримала жіноча частина здобувачів. Жінки - 42 (76,4 %) зареєстрованих травм; чоловіки - 13 (23,6 %).

Найбільш поширеними видами травматизму серед здобувачів склали: вуличний (14 %), транспортний (1,3 %) та спортивний (1,1 %) травматизми.

Аналіз відповідних джерел інформації дає змогу стверджувати наступні причини травматизму.

Причини виникнення вуличного травматизму:

- незадовільна організація вуличного руху;
- неякісне покриття та освітлення вулиць;
- незадовільний стан доріг, зокрема в період ожеледиці.

Причини виникнення транспортного травматизму:

- неякісна підготовка водіїв, їх психофізіологічні особливості, вживання алкоголю, незадовільний стан здоров'я, втому за кермом;

- порушення правил дорожнього руху водіями і пішоходами;
 - незадовільний стан доріг;
 - насиченість транспортом вузьких трас, відсутність підземних переходів, шляхопроводів, відсутність розпізнавальних знаків і ліній які регулюють рух;
 - несправність та недосконалість транспортних засобів;
 - недостатньо ефективні засоби індивідуального захисту.
- Причини виникнення спортивного травматизму:
- недотримання спортивних правил;
 - недостатня фізична підготовка студентів, їх перевантаження і перевтома;
 - стан майданчиків, снарядів та інвентарю, що не відповідають технічним вимогам;
 - недостатній контроль тренерів.

Боротьба з травматизмом включає різноманітні складні і трудомісткі заходи, ефективність яких знижується внаслідок ряду властивостей притаманних людині: необґрунтовану безпечність, нехтування елементарними правилами безпеки, неуважність, переоцінку своїх можливостей тощо, а також через відсутність належної реєстрації всіх без винятку випадків травматизму, спираючись на які можна було б розробляти відповідні заходи [2].

Висновки. Травматизм серед здобувачів освіти слід розглядати як суттєву проблему соціального плану, інколи він є однією з основних причин, що загрожує життю. Профілактика травматизму серед здобувачів освіти має бути скерована на причини його виникнення, а в освітньому просторі одним із важливих аспектів є просвітницька робота при організації навчально-виховної роботи серед студентського середовища.

Література

1. Всесвітня організація охорони здоров'я: Доповідь про профілактику дитячого травматизму [Електронний ресурс] – Режим доступу до ресурсу: http://www.who.int/violence_injury_prevention/child/injury/world_report/en/;
2. School Health Guidelines to Prevent Unintentional Injuries and Violence [Електронний ресурс]. – 2015. – Режим доступу до ресурсу: <http://www.slideserve.com/HarrisCezar/school-health-guidelines-to-prevent-unintentional-injuries-and-violence>;
3. Бур'янов О.А., Голка Г.Г., Климовицький В.Г. Травматологія та ортопедія : підручник для студентів вищих медичних навчальних закладів. Нова книга: підручник для студентів вищих медичних навчальних закладів. Вінниця, 2019. С. 119-126

ТЮТЮНОПАЛІННЯ ЯК МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА ПРОБЛЕМА

Огурцова Л.В., Заблоцька О.С.

Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради

Ключові слова: тютюнопаління, медико-соціальна проблема, статистичні дані, населення України, громадське здоров'я.

Key words: smoking, medical and social problem, statistical data, population of Ukraine, public health.

Актуальність проблеми. За останні роки в Україні стрімко зростає частка курців, у тому числі – серед підлітків та представників жіночої статі. У цьому контексті важливого значення в діяльності системи громадського здоров'я набуває організація профілактичних заходів тютюнопаління.

Мета дослідження: проаналізувати стан тютюнопаління в Україні.

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

Результати дослідження. За статистичними даними експертів ВООЗ, за рівнем тютюнопаління Україна знаходиться на сьомому місці у світі [1, 2]. Доведено, що паління спричиняє: 30% випадків смертей від онкозахворювань, 90% випадків раку легень, 80% випадків коронарних захворювань серця. Слід зауважити, що у жінок внаслідок паління розвивається рак молочної залози [3].

Оточуюче середовище, а особливо наявність в ньому курців, рекламування тютюнових виробів, доступність їх придбання, перейняття поведінкових стереотипів стимулює молодь до паління [4]. Тютюнопаління стає шкідливою звичкою (залежністю), яка завдає шкоди здоров'ю людини та її оточенню.

За результати соціологічного опитування, 74 % українців переконані, що паління – не лише особиста, а як гостра соціальна проблема [5]. Паління в громадських місцях, спричинює значну шкоду здоров'ю оточуючих людей, які стають так званими «пасивними курцями». Через паління руйнуються соціальні зв'язки. Внаслідок несприятливих умов співіснування виникають проблеми в родинях. Поширеним наслідком тютюнопаління серед подружніх пар стає ураження їхньої репродуктивної функції, що виявляється в імпотенції, безплідді, низькому рівні народжуваності.

Тютюнопаління – не лише глобальна медико-соціальна, а й – економічна проблема. Сьогодні кожна держава зазнає значних економічних збитків внаслідок витрат на лікування захворювань, пов'язаних із паління. Щороку у світовому масштабі ці збитки оцінюються в 200 млрд. доларів, у тому числі – 2 млрд. доларів в Україні [3].

Висновки. Тютюнопаління в Україні є однією з головних загроз здоров'ю населення, причиною руйнування сімей, зниження рівня народжуваності, значних економічних витрат на рівні держави. Показники смертності і захворюваності в Україні доводять недостатню ефективність роботи з профілактики тютюнопаління.

Література

1. ВООЗ. Новий доклад о боротьбе против табака на глобальном уровне. URL: <http://www.who.int/tobacco/mpower/publications/ru>
2. Грузева О.В. Поширеність куріння серед студентів вищих медичних навчальних закладів України і світу. *Україна. Здоров'я нації*. 2010. № 1. С. 27-31.
3. Державна служба статистики. URL: <http://www.ukrstat.gov.ua/>
4. Бугрим В. Соціальна реклама в інформаційному суспільстві. *Актуальні проблеми міжнародних відносин*. 2014. № 50. 150 с.
5. Результати дослідження компанії JUUL Labs. URL: <https://www.unian.ua/health/country/10666002-74-ukrajinciv-vvazhayut-kurinnya-naybilshoyu-socialnoyu-problemoyu-doslidzhennya.html>

СТАН ТА ПРИЧИНИ ТРАВМАТИЗМУ В УКРАЇНІ

Парасунько В.В., Заблоцька О.С.

Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради

Ключові слова: травматизм в Україні, стан, причини, статистичні дані.

Актуальність проблеми. Проблема травматизму є актуальною на рівні держави, суспільства та кожної сім'ї. Щороку кількість випадків травматизму зростає. Значна частка травм призводить до інвалідизації і смертельних випадків серед населення України. Розуміння причин травматизму – необхідна умова його профілактики [1].

Мета дослідження полягає у вивченні стану та причин травматизму в Україні.

Матеріали та методи. Для проведення дослідження використано такі методи: бібліографічний, медико-соціологічний, статистичний, системного аналізу і узагальнення.

Стан та причини травматизму в Україні вивчали за статистичними даними Фонду соціального страхування України.

Результати дослідження. Відповідно до енциклопедичних джерел травматизм - це «сукупність травм, що виникають у певних груп населення (визначають за кількістю травм на 100, 1000 осіб за один місяць, рік)» [2, с. 680].

Статистичні дані підтверджують, що кількість випадків травмування населення постійно зростає. З аналізу страхових нещасних випадків, проведеним Фондом соціального страхування України, видно що порівняно з I півріччям 2020 року, у I півріччі 2021 року:

- у 1,5 рази збільшилась кількість нещасних випадків зі смертельним наслідком (з 583 до 884);

- у 2,5 рази зросла кількість нещасних випадків/гострих професійних захворювань (отруень) (18 116);

- у 3,8 рази збільшилася кількість страхових нещасних випадків (з 1 834 до 7 054);

- у 2,2 рази зросла кількість смертельно травмованих осіб (з 153 до 330) [3, 4].

Кількість страхових нещасних випадків на виробництві в різних областях України висвітлено на рис. 1 [3].

Як видно з рис. 1, найбільша кількість страхових нещасних випадків зареєстрована у Київській, Черкаській і Львівській областях.

Причинами травматизму в Україні стали порушення правил безпеки, особиста необережність, надзвичайні ситуації, дорожньо-транспортні пригоди, нещасні випадки, військові конфлікти та ін.

Частка і кількість нещасних випадків в Україні у I півріччі 2021 року за причинами виникнення представлена в табл. 1.

Таблиця 1

Статистичні дані травмувань в Україні за причинами виникнення у I півріччі 2021 року [3]

Причини травмувань	Кількість травмувань	Частка від загальної кількості нещасних випадків, %
Організаційні	2 852	40,4
Психофізіологічні	910	12,9
Технічні	219	3,1
Техногенні, екологічні та соціальні	63	0,9
Інші	3 010	42,7

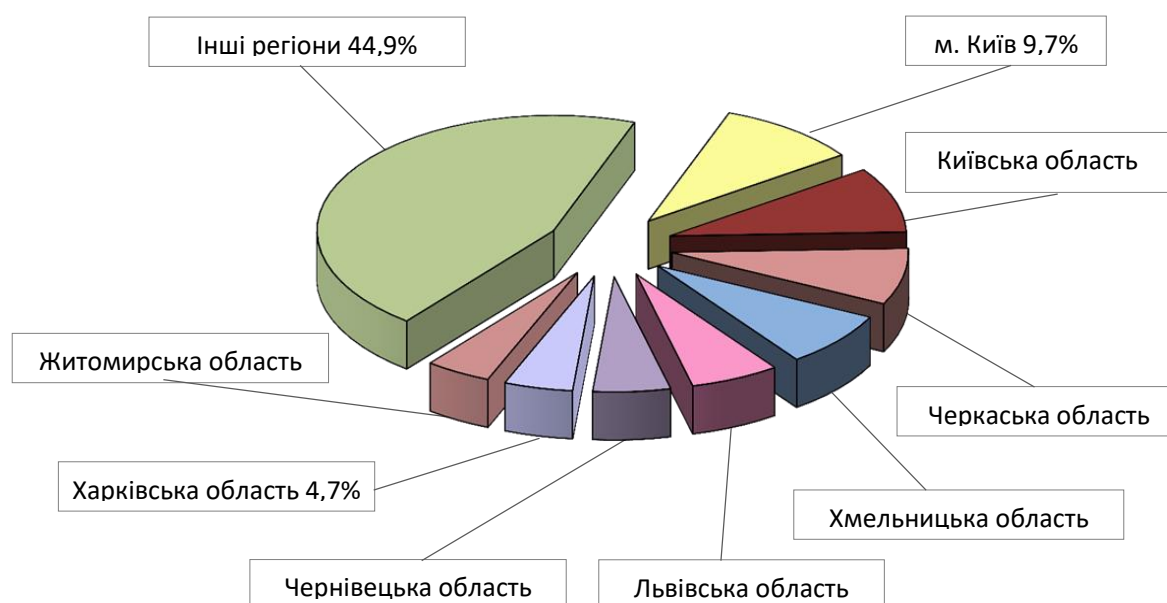


Рис. 1. Діаграма кількості страхових нещасних випадків по регіонах України за I півріччя 2021 року (у відсотках до загальної кількості страхових нещасних випадків по Україні) [3]

Статистичні дані Фонду соціального страхування України щодо основних подій, які призвели до страхових нещасних випадків у I півріччі 2021 року, викладені в табл. 2 [3]:

Таблиця 2

Статистичні дані страхових нещасних випадків в Україні за основними подіями виникнення у I півріччі 2021 року

Події, які призвели до страхових нещасних випадків	Кількість травмованих	Частка від загальної кількості нещасних випадків, %
Падіння потерпілого під час пересування	510	7,2
Падіння потерпілого з висоти	143	2,0
Погіршення стану здоров'я	315	4,5
Дія рухомих і таких, що обертаються, деталей обладнання, машин і механізмів	227	3,2
Дорожньо-транспортна пригода на дорогах (шляхах) загального користування	151	2,1
Інші види причин	5 025	71,2

Розподіл кількості травмувань за окремими галузями економіки в Україні не є рівномірним (табл. 3) [3].

Таблиця 3

Статистичні дані страхових нещасних випадків в Україні за окремими галузями економіки у I півріччі 2021 року

Галузь економіки	Кількість травмованих осіб	Частка від загальної кількості нещасних випадків, %	Приріст, порівняно з I півріччям 2020 року, %
Добувна промисловість і розроблення кар'єрів	315 (17 - смертельно)	4,5	2,9 (70,0 – смертельно травмованих)
Транспорт, складські сховища, поштова і кур'єрська служба	212 (19 смертельно)	3,0	22,5 (24,0 – смертельно травмованих)

Висновки. Незважаючи на існуючу в Україні законодавчу та нормативно-правову базу [5, 6, 7], умови праці у багатьох галузях економіки не відповідають встановленим нормам, що призводить до збільшення випадків травматизму. Враховуючи статистичні дані і той факт, що найбільше травмуються особи працездатного віку, профілактиці травматизму в Україні варто приділяти більше уваги.

Література

1. Міжнародна організація праці. World Statistic. URL: https://www.ilo.org/moscow/areas-of-work/occupational-safety-and-health/WCMS_249278/lang--en/index.htm.
 2. Сучасний словник іншомовних слів: Близько 20 тис. слів і словосполучень / Уклали: О. І. Скопенко, Т. В. Цимбалюк. Київ: Довіра, 2006. 789 с.
 3. Профілактика виробничого травматизму та професійних захворювань за I півріччя 2021 року. Аналіз страхових нещасних випадків. Фонд соціального страхування України. URL: <http://www.fssu.gov.ua/fse/control/main/uk/publish/article/971983>.
 4. Інформація про стан охорони праці та захист прав працюючих. URL: https://pon.zp.ua/news/id_1004.html.
 5. Конституція України. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/Z960254K>.
 6. Закон України “Про охорону праці”. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2694-12#Text>.
 7. Кодекс законів про працю України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/322-08#Text>.
-

АНАЛІЗ КОРЕКЦІЇ СОМАТИЧНОГО ЗДОРОВ'Я І ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ПІДГОТОВЛЕНOSTІ СТУДЕНТОК ХВОРИХ НА НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНУ ДИСТОНІЮ ЗАСОБАМИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ

Попович С.В., Русин Л.П.

Факультет здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ УжНУ

Ключові слова: нейроциркуляторна дистонія, студенти, функціональний стан, фізична терапія, стрес, дистанційне навчання.

Key words: neurocirculatory dystonia, students, functional state, physical therapy, stress, distance learning.

Актуальність. На сьогоднішній день все більше й більше студентів які стикаються з різними стресовими факторами, зміною навколишнього середовища, ритмом життя, ізоляцією страждають на нейроциркуляторну дистонію. При цьому в них порушується якість життя, соматичне здоров'я та функціональний стан.

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

Особливості епідеміологічної ситуації в світі викликали зміну в формі навчання студентів в Україні. Виникла необхідність переходу на дистанційне навчання. Однак при переході на дистанційне навчання є свої недоліки, наприклад: відсутність живого спілкування, роботи в колективі, надмірне психоемоційне перенапруження, підвищена тривожність, збільшення обсягу інформації. Збільшення обсягу інформації, зміна ряду соціальних факторів життєдіяльності ведуть до емоційних і фізичних навантажень, що відображається на психофізіологічному стані молодого організму [1, 2].

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

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

Матеріали та методи дослідження. Дослідження проводилося з червня по жовтень 2021 року дистанційно у зв'язку з карантинними обмеженнями. Нами було обстежено 155 студентів різних курсів факультету "Здоров'я та фізичного виховання" Ужгородського національного університету, віком від 16 до 25 років. Серед обстежуваних 30 чоловіків і 125 жінок. З них для подальшого дослідження було відібрано 40 осіб, яких ми розділили на 2 групи. До першої групи відносилися студенти з підтвердженим діагнозом, які

були віднесення до експериментальної групи. Друга група це студенти, які за опитувальником Вейна набрали понад 30 балів і відносилися до контрольної групи.

Для обох груп було запропоновано програму фізичної терапії, яка включала ранкову гігієнічну гімнастику, лікувальну гімнастику, самомасаж, аутогенне тренування, корекцію харчування, нормалізацію режиму дня, праці та відпочинку.

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

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

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

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

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

За результатами Шкали тривожності Спілбергера-Ханіна у студенток обох груп рівень тривожності був високий, так реактивна тривожність до дослідження у КГ була ($45,37 \pm 1,50$), а у ЕГ ($47,43 \pm 4,22$), після дослідження у КГ були ($29,13 \pm 2,18$) низький ступінь, а у ЕГ ($37,22 \pm 1,51$) помірний ступінь прояву. Проте особистісна тривожність до дослідження у КГ ($37,54 \pm 2,16$) була помірна порівняно з ЕГ ($45,32 \pm 2,80$) у якої був високий рівень тривожності. Однак після дослідження ці показники майже зрівнялися, у КГ ($27,91 \pm 1,28$), а у ЕГ ($29,13 \pm 3,27$), що показує низький рівень особистісної тривожності.

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

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

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

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

За результатами ортостатичної проби підвищена реактивність симпатичної частини вегетативної нервової системи виявлена у ЕГ ($24,50 \pm 3,10$) гіперсимпатикотонічну реакцію, порівняно зі КГ у якої

(18,30±2,52) нормальна реакція, про що свідчить збільшення ЧСС при зміні положення тіла у вертикальне положення. Після дослідження показники обох груп зрівнялися з нормальними: у ЕГ (18,15±0,94) та (16,26±1,60) у КГ що свідчить про нормалізацію тонуусу симпатичного відділу вегетативної нервової системи.

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

Література

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

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

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

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

5. Ventsa ТМ. Нейроциркуляторна дистонія: раціональні підходи до діагностики та лікування. ІІ [інтернет]. 16, Травень 2018;(3(219):29-35. доступний у: <http://lu-journal.com.ua/article/view/198447>

КОМПЛЕКСНІ РЕАБІЛІТАЦІЙНІ ЗАХОДИ ДЛЯ ХВОРИХ НА ФУНКЦІОНАЛЬНІ ПОРУШЕННЯ ЖОВЧНОГО МІХУРА НА ПОЛІКЛІНІЧНОМУ ЕТАПІ

Попович С. С., Мелега К. П.

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

Ключові слова: дисфункція жовчного міхура, фізична терапія, кінезіотерапія, самомасаж, фітотерапія

Key words: gallbladder dysfunction, physical therapy, kinesiotherapy, self-massage, phytotherapy

Актуальність проблеми. Дисфункції жовчного міхура належать до поширеної патології біліарної системи, і зустрічаються достатньо часто, як у дорослих, так і у дітей. Поширеність функціональних порушень біліарного тракту коливається від 12% до 58% випадків. В Україні за останні 10 років захворюваність функціональної патології біліарної системи зросла на 35,3% [1]. При цьому серед жінок вони зустрічаються в 2-3 рази частіше, ніж серед чоловіків [2]. Фахівці наголошують на тому, що біліарні дисфункції можуть суттєво порушувати життєдіяльність пацієнтів, а у майбутньому привести до розвитку таких важких органічних захворювань, як холецистит та жовчнокам'яна хвороба [1, 3].

Функціональні захворювання біліарного тракту – це комплекс клінічних симптомів, що розвинулися в результаті моторно-тонічних дисфункцій жовчного міхура, сфінктерного апарату, жовчних проток за відсутності органічної патології. Розрізняють первинні і вторинні дисфункції біліарного тракту [1]. Більш поширені функціональні дисфункції жовчного міхура (ДЖМ), які розділяють на гіпо- і гіперфункцію. Гіпермоторною (гіперкінетичною) ДЖМ слід вважати стан, при якому відсутні ознаки запалення жовчних шляхів, підвищена рухова і знижена концентраційна функція жовчного міхура. Гіпомоторна (гіпокінетична) ДЖМ супроводжується зниженням його рухової й підвищенням концентраційної функції [2].

На сьогоднішній день приділяється велика увага проблемі розробки комплексних програм реабілітації пацієнтів з біліарними дисфункціями, які поєднують лікувальне харчування, природні та преформовані фізичні фактори, гідро-, бальнео-, пелоїдо-, кінезіотерапію, лікувальний масаж [3]. Такі комплексні реабілітаційні заходи у пацієнтів із ДЖМ дозволяють нормалізувати моторно-евакуаторну функцію жовчного міхура підвищити ефективність лікування і раціонально обмежити медикаментозну терапію.

Мета роботи – підвищення ефективності відновного лікування хворих з гіперкінетичною дисфункцією жовчного міхура на основі комплексного

поєднання засобів кінезіотерапії, самомасажу живота та фітотерапії на поліклінічному етапі.

Завдання дослідження: узагальнити теоретичні засади і досвід використання комплексної реабілітації осіб з функціональними порушеннями біліарної системи та визначити сучасні підходи до їх застосування; провести оцінку вихідного рівня клініко-функціонального стану осіб з гіперкінетичною ДЖМ для визначення засобів та методики комплексної реабілітації; розробити програму комплексної реабілітації хворих з гіперкінетичною ДЖМ на поліклінічному етапі з використанням лікувальної гімнастики, дозованої ходьби, самомасажу живота та фітотерапії; оцінити ефективність розробленої програми комплексної реабілітації для названого контингенту осіб.

Матеріали і методи дослідження: Дослідження проведено в рамках виконання дипломної роботи магістра, на базі кафедри основ медицини факультету здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ «УжНУ», Комунального некомерційного підприємства "Ужгородська міська поліклініка" Ужгородської міської ради. Було обстежено 40 хворих (усі молоді жінки першого зрілого віку - від 19 до 35 років (середній вік $24,3 \pm 1,4$ років), у яких було діагностовано первинну ДЖМ за гіперкінетичним типом. Дослідження проводилось у 4 етапи (з травня по листопад 2021 р.) відповідно до вирішення завдань дослідження. Використовували наступні методи дослідження: педагогічні (теоретичний аналіз і узагальнення літературних джерел, лікарсько-педагогічні спостереження); медико-біологічні (анамнез, соматоскопія, антропометрія, пульсометрія, тонометрія, функціональні проби (дихальні проби Штанге і Генчі, ортостатична проба; результати додаткових методів досліджень (фракційне дуоденальне зондування, УЗД жовчного міхура); методи математичної статистики.

Результати та їх обговорення. Основними скаргами хворих на початку курсу реабілітації були: напади болю у правому підребер'ї, що нагадує жовчну кольку, диспепсичні явища, погіршення сну, настрою, зниження працездатності. Тривалість хвороби в середньому - $5,3 \pm 0,4$ років. Пацієнтки були довільно розподілені на дві групи (у кожній по 20 хворих), однорідних за віком та клінічними проявами захворювання: 1) основна група (ОГ), у якій застосовувалася розроблена програма комплексної реабілітації, 2) група порівняння (ГП) (жінки займалися за загальноприйнятою програмою).

Заходи фізичної терапії у хворих ОГ проводили за щадною методикою, враховуючи підвищену моторну активність жовчного міхура і переважання тону парасимпатичного відділу ВНС. Кінезіотерапія включала спеціальні вправи лікувальної гімнастики (ЛГ) з елементами аутогенного тренування (на початку статичні й динамічні дихальні вправи, вправи на розслаблення, загальнозміцнюючі вправи, а згодом – вправи зі снарядами і біля гімнастичної стінки, елементи рухливих ігор, дозовану ходьбу). Було підібрано фітозбір лікарських рослин, який проявляє спазмолітичні та заспокійливі властивості, нормалізує моторну функцію біліарного тракту

(листя м'яти, траву звіробою і полину гіркого, шишки хмелю, корені валеріани), який хворі вживали у вигляді настою 3 рази в день. Пацієнтки ГП займались за традиційною програмою, яка передбачала комплекс ЛГ та дозовану ходьбу. Комплексна реабілітація хворих в амбулаторних умовах у середньому тривала 3 тижні.

На основі порівняння даних клінічних, функціональних та лабораторних обстежень до і після курсу реабілітації було встановлено, що в обидвох групах обстежених відбулись позитивні зміни досліджуваних показників, однак у ОГ результати були вищим. Так, до кінця курсу реабілітації в ОГ у переважної більшості жінок припинилися скарги на біль у правому підбер'ї, нудота, блювання, нормалізувався апетит, випорожнення кишечника. Також відмічалось покращення самопочуття, сну, загального стану і працездатності. На відміну від цього, у хворих ГП після лікування різноманітні скарги з боку відмічались у 20% випадків.

Проведені заходи сприяли покращенню функціонального стану і збільшення функціональних резервів серцево-судинної та дихальної системи хворих. У пацієток обох груп спостерігалось покращення показників проб з затримкою дихання, однак більш виражене воно було у ОГ, де у комплексі вправ ЛГ важливе місце відводилось різноманітним дихальним та загальнозміцнюючим вправам. За даними ортостатичної проби встановлена нормалізація тону вегетативної нервової системи (ВНС) у більшості хворих жінок: у 2 рази зменшилась частка осіб, які мали підвищений тонус парасимпатичного відділу, що сприяло відновленню нормальної регуляції моторики жовчного міхура і жовчовивідних шляхів. За результатами фракційного дуоденального зондування під впливом проведених реабілітаційних заходів встановлено нормалізацію скоротливої функції жовчного міхура, більш виражене у хворих ОГ. Показники УЗД підтверджували, що рухова функція жовчного міхура у пацієнтів ОГ стала наближатися до норми: у більшості жінок зменшилися ознаки гіпермоторного стану жовчного міхура.

Висновки. Розроблена програма комплексної реабілітації для пацієнтів з первинною гіперкінетичною дисфункцією жовчного міхура на поліклінічному етапі, яка включає комплекс спеціальних вправ лікувальної гімнастики (дихальних, загальнозміцнюючих та вправ на розслаблення), дозовану ходьбу, самомасаж живота та фітозбір лікарських рослин сприяє значному покращенню клінічного стану, нормалізації тону вегетативної нервової системи та моторики жовчного міхура, підвищенню функціонального стану кардіореспіраторної системи, що підтверджує її ефективність та сприяє удосконаленню відновного лікування хворих із зазначеною патологією.

Література

1. Звягинцева Т.Д., Шаргород И.И. Билиарные дисфункции и методы современной терапии. Семейная медицина. 2017. №4 (72). С. 129-132.

2. Селиванова Г.Б., Потешкина Н.Г. Функциональные расстройства билиарного тракта в клинической практике: современные аспекты диагностики и тактики ведения пациента. Лечебное дело. 2017. №3. С. 11-17.

3. Шестопалова Є.С., Калмиков С.А., Калмикова Ю.С. Актуальні питання фізичної терапії при дисфункції біліарного тракту. Фізична реабілітація та рекреаційно-оздоровчі технології. 2020. № 5(1). С. 52-57.

РОЛЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ У ФОРМУВАННІ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ СЕРЕД МОЛОДІ (ПСИХОЛОГІЧНИЙ АСПЕКТ)

Шатило В.Й., Рирак В.В.

Житомирський медичний інститут ЖОР

Ключові слова: медична сестра, здоровий спосіб життя, стрес, шкідливі звички, здоров'я.

Key words: nurse, healthy lifestyle, stress, bad habits, health.

Актуальність. Активний розвиток соціуму, потреба в збереженні і покращенні стану здоров'я потребує дотримання здорового способу життя, що складається не тільки з фізіологічної але й психологічної складової, необхідної для повноцінного функціонування організму людини. У нашій роботі ми розглянули роль медичної сестри у формуванні здорового способу життя, а саме його психологічного аспекту, так як саме медичні сестри проводять найбільше часу з пацієнтами, що і обумовило актуальність нашого дослідження.

Мета дослідження: розглянути функції медичної сестри в формуванні здорового способу життя молоді, та методики, які найбільш часто застосовуються і є найбільш ефективні.

Методи дослідження: щоб досягти поставленої мети було використано сучасні методи дослідження. Бібліосемантичний, соціологічний, математичний, системного аналізу і логічного узагальнення.

Результати дослідження:

Для дослідження ми обрали когорту молодих людей віком від 20 до 25 років. В ході дослідження нами визначено що, здоровий спосіб життя (ЗСЖ) - такий раціональний варіант життєдіяльності людини, завдяки якому вона здатна оптимально реалізувати свої біологічні та соціальні функції, максимально використати генетичні резерви здоров'я і тривалості життя, фізичної і розумової працездатності.

В ході аналізу підходів до формування здорового способу життя в сучасних умовах, нами встановлено, головні складові первинної та вторинної профілактики захворювань, які відносяться до завдань професійної діяльності медичної сестри.

При первинній профілактиці, формування ЗСЖ застосовується для попередження виникнення захворювань, шляхом зміцнення загального стану організму. При вторинній профілактиці, формування ЗСЖ використовується з метою недопущення виникнення рецидивів уже наявних захворювань, або їх подальшого прогресування.

Здоровий спосіб життя включає в себе:

- відмову від шкідливих звичок,
- профілактику виникнення стресу, що в подальшому призводить до формування інших як фізичних так і психічних захворювань,

- покращення режиму сну і відпочинку,
- боротьба із самолікуванням .

Всі ці фактори момент викликають у населення безліч захворювань та інших негативних наслідків.

Шкідливі звички:

Алкоголь впливає на весь організм людини і викликає безліч захворювань. Він вражає шлунково-кишковий тракт викликаючи гастрити, виразки шлунку дванадцятипалої кишки, цироз печінки. Алкоголь чинить негативну дію на імунну систему , руйнує лейкоцити, є причиною виникнення алергій . Має вплив на нервову систему людини руйнує нервові клітини спричиняючи судоми, паралічі окремих груп м'язів . алкогольний делірій.

Тютюнопаління є однією з головних причин розвитку раку легень, губи, гортані, язика. Пошкоджує порожнину рота і призводить до запалення легень, туберкульозу трахеїту.

Вживання наркотичних речовин призводить до погіршення діяльності мозку, аритмій, епілептичних нападів, остеомієлітів, погіршення ферментативної активності шлунково –кишкового тракту.

Небажання або відсутність можливості людей звернутися до лікаря може призводити до самолікування, що є проблемою нашого суспільства , адже має негативні наслідки – отруєння, передозування, виникнення алергічних реакцій, погіршення стану хворого або ж перехід хвороби в хронічну стадію.

Стрес є однією з головних причин формування багатьох захворювань. Стрес - це відповідь організму на ту чи іншу негативну подію в житті людини, відсутність відпочинку, перевантаження. З одного боку стрес це адаптативна реакція організму, а з іншого його надлишок викликає хвороби нервової системи, погіршення стану серцево-судинної системи, є однією з причин депресії.

За результатами нашого дослідження майже 70% молодих людей віком 20-25 років знаходяться в стані постійного стресу. Причинами такого стану є ненормованість графіку праці і відпочинку, недостатня кількість і якість сну, невміння правильно відпочивати і уникати стресових ситуацій. В ході аналізу чинників стресових ситуацій були визначені завдання медичної сестри, - це навчання людей ЗСЖ, пояснення дії негативних факторів. Для досягнення цих цілей найбільш ефективними визначені - індивідуальна бесіда з хворим або індивідуально-групова бесіда з молодою людиною і його близькими.

Ми також дійшли розуміння, що для ознайомлення населення з правилами ЗСЖ доцільно створити освітні бюлетні, брошурки в яких буде представлена необхідна інформація. Важливо, щоб дані матеріали були зрозумілі та відповідали на ті питання, які є зараз актуальні для пацієнта. Важливо, насамперед, зацікавити пацієнтів, а потім приступити до навчання, і дати їм, як можна більше інформації і на прикладах показати, як впливає

виконання всіх умов на здоров'я кожного. Медичні сестри повинні уважно слухати пацієнта, його сумніви і запитання, що виникли, на які вони повинні отримувати відповіді .

Висновки. На основі проведеного дослідження ми дійшли висновку, що на сьогоднішній день серед молоді недостатні знання про здоровий спосіб життя, в тому числі, невміння керувати психолого-емоційною сферою, що має великий негативний вплив на здоров'я. Раціональне використання потенціалу медичних сестер відіграє вагомий роль в процесі формування здорового способу життя серед молоді.

Література

1. Іргашев Ш. Б. Формування здорового способу життя або санітарно освітня робота. Журнал «Організація і управління охороною здоров'я № 1»
2. Назарова, Е. Н. Здоровий образ життя і його становлячі / Е. Н.
3. Діденко О. Д. Роль медичної сестри у пропаганді здорового способу життя і рухової активності. Стаття .Режим доступу: <file:///C:/Users/User/Downloads/5120%D0%A2%D0%B5%D0%BA%D1%81%D1%82%20%D1%81%D1%82%D0%B0%D1%82%D1%82%D1%96-18875-2-10-20151211.pdf>
4. Режим доступу: http://4ua.co.ua/medicine/za3bd79a5d53a89421206d27_0.html

СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ ФОРМУВАННЯ НАРКОТИЧНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ СЕРЕД ПІДЛІТКІВ

*Суботович І. М., Махновська І. Р.
Житомирський медичний інститут ЖОР*

Ключові слова: підлітковий вік, соціально-психологічні чинники, аналіз, наркотична залежність, наркотичні засоби.

Key words: adolescent age, sociopsychological factor, analysis, drug addiction, drugs.

Актуальність проблеми. Підліткова наркотична залежність - як соціально-психологічна проблема в сучасному світі. Наркоманія за багато років свого існування набула характеру стійкого соціального явища, з яким постійно відбувається боротьба. Не важливо, доросла людина, чи молода, ця хвороба захоплює всіх однаково. Сучасне суспільство має недостатню кількість інформації щодо впливу наркотичних засобів на їхнє здоров'я та на весь організм в цілому. Виходячи з цього, у тезах наведені основні соціально-психологічні чинники формування наркотичної залежності серед підлітків.

На сьогодні наркоманія є серйозною соціальною і психологічною проблемою. Значну небезпеку становить наркоманія серед підлітків, оскільки з кожним роком ця проблема не зникає, а тільки активно розвивається серед молоді. Попередити цю проблему практично неможливо, тому потрібно вивчати та аналізувати саме причини, які спричиняють формування наркотичної залежності у підлітків, досліджувати соціально-психологічні чинники, які формують наркотичну залежність, виступають умовою швидкого та небезпечного поширення наркоманії серед підлітків. [1]

Мета дослідження: виявити головні соціально-психологічні чинники формування наркотичної залежності серед підлітків.

Матеріали та методи: методами дослідження є аналіз, синтез, узагальнення чинників підліткової наркоманії.

Результати дослідження: на підставі аналізу праць науковців (Т.М. Титаренко, О. Коструб, О.І. Пилипенко, І. Сомовата, Н. Максимова) можна сформулювати основні соціально-психологічні чинники формування наркотичної залежності:

- **соціальні** –доступність наркотичної речовини, «мода» на психоактивний засіб та вплив однолітків, ін.;
- **психологічні** –емоційна незрілість, агресивність, нетерпимість, труднощі у міжособистісному спілкуванні.

На соціальний чинник формування наркотичної залежності впливає відношення суспільства до наркоманів, в більшості випадків воно негативне і відштовхуюче. Високий контроль та закритість з боку родини призводить до приниження наркотично залежного і залишається єдине середовище, де він може спокійно себе почувати - серед таких, як він. Тоді серед наркоманів

формується своєрідне об'єднання, зі своїм способом життя, мовою, правилами. Але для здорових підлітків це негативне явище, оскільки воно сприяє затягуванню до вживання наркотичних речовин та в подальшому серйозних наслідків.

Майже 90% підлітків починають вживати наркотичні засоби в компаніях однолітків, оскільки для залежного існує одне правило «я хочу бути таким, як всі».

Р. Мертон пояснює наркоманію, як форму ухилення від життєвих негараздів і конфліктів, неблагополуччя, відсутності сенсу життя.[2]

До психологічних чинників притаманні такі риси характеру особистості підлітків, які особливо стають причиною до вживання наркотиків: емоційна незрілість, агресивність, нетерпимість, труднощі у міжособистісному спілкуванні.

Досліджуються механізми заохочення підлітків до психоактивних речовин, їх мотивація, активно розробляються рекомендації щодо повернення наркотично залежних до здорового життя [3].

Висновки. Аналіз соціально-психологічних чинників формування наркотичної залежності серед підлітків свідчить про те, що є необхідність розробки профілактичних заходів щодо їх інформування про шкоду наркотичних засобів, відкриття для них всіх наслідків спричинених наркотиками.

Література

1. Профілактика наркотичної залежності серед учнів, молоді у роботі соціального педагога <http://5fan.ru/wievjob.php?id=692>
2. Позднякова М.Е. Наркомания: ситуация, тенденции и проблемы / ИСИ РАН. – М., 1999, 88 с.
3. Личко А.Е., Бітенський В.С. Підліткова наркологія. – Л.: Медицина, 1991. – 301 с.

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ЖІНОК ПІСЛЯ КОМПЛЕКСНОГО КОМБІНОВАНОГО ЛІКУВАННЯ РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ

Шабат І. П., Русин Л. П.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Ключові слова: фізична терапія жінок, рак молочної залози, фізична реабілітація в гінекології, мастектомія.

Актуальність роботи. Рак молочної залози (РМЗ) практично в усіх країнах світу є основною онкологічною патологією у жінок, яким понад 40 років [1]. Щороку у світі реєструється більше 1 млн. нових випадків раку молочної залози. В країнах Європи з кожним роком реєструються понад 180000 уперше захворілих на РМЗ [2,3]. Рівень захворюваності у більшості країн з року в рік зростає на 1-2%. Захворюваність: структура захворюваності на злоякісні пухлини жіночого населення більшості розвинутих країн світу, у тому числі і в Україні, останніми роками зазнала серйозних змін [4]. Лідуюче місце серед гормонозалежних пухлин органів репродуктивної системи жінок займає рак молочної залози, складаючи в Україні 53,7 випадків на 100000 населення [4,5].

Мета дослідження: удосконалення програми фізичної терапії для жінок після комплексного комбінованого лікування раку молочної залози.

Матеріали та методи дослідження проводилось на базі Закарпатського обласного онкологічного диспансеру, з 40 пацієнтками другого зрілого періоду (35-55 років), яким було проведено мастектомію за Мадденом. Пацієнток поділено на 2 групи по 20 осіб Для обробки загальної інформації про кожну пацієнтку використовувалася індивідуальна карта реабілітаційного обстеження жінок прооперованих з приводу РМЗ. Так, на 2 день після операції та через 12 днів після операції проводилось обстеження пацієнтів. Перша група (основна група) займалася за запропонованою вдосконаленою реабілітаційною програмою (дихальні та загально-зміцнюючі вправи, навчання самостійного переміщення - повертання, сідання, вставання у ліжку, лімфатичний самомасаж). Для кожної пацієнтки підбиралися індивідуально засоби, кількість реабілітаційних сеансів (в середньому становила 10-12 занять), у перші дні після операції за допомогою родичів та близьких здійснювалися самостійні заняття.

Інша група (група порівняння) займалась за стандартними методиками ЛФК В.Н. Герасименко (1996) та Т.І. Грушиної (2006) – загально-зміцнюючі, загально-розвиваючі вправи [6,7].

Жінки займалися за відповідними програмами фізичної реабілітації по 1 год три рази на тиждень; обсяг та інтенсивність виконання вправ були максимально однаковими й регламентованими стосовно рухових режимів [4,5,7].

Результати та їх обговорення. Для нашої роботи було долучено пацієнтів з I та II стадією розвитку пухлинного процесу без метастатичних уражень лімфатичних вузлів, яким проведено оперативне втручання з приводу видалення молочної залози (за Маденом), після чого зараховані до I-III клінічної групи.

Згідно з вдосконаленою індивідуальною програмою фізичної реабілітації пацієнтки ОГ займались 5 разів на тиждень. Заняття з кожною пацієнткою тривало 30-40 хв., курс реабілітації в обох групах в середньому тривав 3 тижні.

Після завершення реабілітаційного курсу ми провели підсумкове обстеження пацієнтів. Дані, які отримали, ми порівнювали з початковими результатами в межах однієї групи та між групами. В ході порівняння ми виявили позитивну динаміку до покращення показників в ОГ.

На загальний стан пацієнток та індивідуальну реакцію на фізичні навантаження ми обстежували АТ та ЧСС .

Зміни виявлено у показниках ЧСС: ОГ - $77,15 \pm 1,08$ (Е межах вікової норми) ГП - $82,20 \pm 1,15$ (вищий, і є схильність до розвитку тахікардії). Не виявлено відмінності між показниками ОГ та ГП величина систолічного та діастолічного АТ - знаходяться у межах вікової фізіологічної норми. Так, ми виявили, що програма фізичної реабілітації позитивно вплинуло на загальний стан пацієнток основної групи та позитивний вплив на серцево-судинну систему пацієнток основної групи.

Застосування програми сприяло швидкому відновленню функціонального стану дихальної та серцево-судинної системи у пацієнток основної групи.

Обстежуючи, після фізичної реабілітації, середні значення функціональної проби Штанте у пацієнток ОГ (12,8 с) є більшими від ГП (3,6 с). Результати тестування загального стану дихальної системи в цілому оцінюються як добрі - ОГ, посередні – ГП

Частота дихання в ОГ середній показник зменшився на 10,23% (1,75 вд/хв.) проти 2,40 % (0,4 вд/хв.) у ГП. Так як показник суттєво не знаходиться у межах вікової норми - позитивний вплив вдосконаленої програми фізичної реабілітації на стан дихальної системи .

Аналізуючи показники гоніометрії, результати отриманих даних активної амплітуди згинання у плечовому суглобі на оперованій та не оперованій стороні у пацієнток ОГ, вона збільшилась на оперованій верхній кінцівці на $59,20^\circ$ порівняно з вихідними показниками, але є на $71,75^\circ$ меншою порівняно з амплітудою не оперованої сторони, розгинання - на $19,65^\circ$ та $33,40^\circ$ відповідно.

У ГП - на $20,60^\circ$ збільшилась амплітуда згинання порівняно з вихідними даними, а різниця між сторонами становить $128,48^\circ$. Показник амплітуди руху розгинання у цій групі $14,05^\circ$ і $36,05^\circ$ відповідно.

Приріст амплітуди руху зовнішньої та внутрішньої ротації порівняно з вихідними даними в ОГ 22,50° при зовнішній ротації, 15,60° - внутрішній ротації, ГП - 12,45° та 8,05°. Отже, в групі порівняння приріст більший.

Показник амплітуди руху внутрішньої ротації в ОГ - 40,47%, ГП - 18,49%. Дані результати демонструють позитивну динаміку на стан ОРА.

В амплітуді руху відведення у плечовому суглобі, ми виявили різницю між оперованою та не оперованою стороною в обох групах: ОГ - 29,35° та ГП - 16,30°.

Під впливом фізичної реабілітації набряк на оперованій кінцівці зменшився порівняно з вихідними даними у ділянці плеча на 2,78 см, передпліччя - на 1,78 см, а кисті на - 1,65 см ($p < 0,05$). При порівнянні кінцевих вимірів ми встановили, що різниці між оперованою та не оперованою стороною у пацієток основної групи не виявлено, що є результатом ефективного реабілітаційного втручання.

Виявлено різницю в групі порівняння у вимірюваннях обводу сегментів верхньої кінцівки в ділянці плеча оперованої та не оперованої сторони 2,05 см, що свідчить про наявність набряку та розвитку запальних процесів. Пальпаторно — твердішої консистенції, що свідчить про недостатність застосування дренажних положень. Тому, можна говорити про розвиток післяопераційного набряку у групі порівняння.

Різниця між початковими та кінцевими показниками оперованої сторони в основній групі становить 2,78 см; 2,03 та 1,35 см відповідно та вказує на відсутність набряку після проведених занять фізичної реабілітації. У групі порівняння величина набряку істотно не змінилась та пальпаторно він твердіший, що свідчить про застій лімфи.

Висновки. Вдосконалена програма фізичної реабілітації для жінок хворих на рак молочної залози базувалася на результатах реабілітаційного обстеження. Складовими програми є реабілітаційне обстеження, прогнозування та планування результатів реабілітаційного втручання, оцінювання результатів реабілітаційного втручання. Результати вимірювання амплітуди руху згинання, розгинання, відведення, зовнішньої та внутрішньої ротації у плечовому суглобі на оперованій стороні у пацієток ОГ були більшими ніж у ГП на 45,5°, 14,8°, 20,8°, 13,8° та 6,2°. При підсумкових вимірюваннях обводів сегментів верхньої кінцівки в пацієток обох груп, кращі результати в ОГ, що свідчить про відсутність набряку. При оцінюванні постави в пацієток основної групи не виявлено ознак стійкого порушення постави.

За кінцевими результатами обстеження можна стверджувати про позитивний вплив вдосконаленої програми фізичної реабілітації.

Література

1. Мазур М.Г., Пятчанина Т.В. Основные достижения исследований протеома рака молочной железы // Онкологический журнал – 2016 – Т.10 – №4 (40) – С.94-105.

2. Одинець ТЄ. Ефективність застосування особистісно-орієнтованих програм фізичної реабілітації жінок з постмастектомічним синдромом у відновленні функціонального стану верхньої кінцівки. Слобожанський науково-спортивний вісник. 2015;3(47):84–87.

3. Одинець ТЄ, Бріскін ЮА. Проблема фізичної реабілітації жінок з постмастектомічним синдромом. В: Фізична культура, спорт та здоров'я нації. Зб. наук. пр. Вінницьк. держ. пед. ун-ту імені Михайла Коцюбинського. Вінниця; 2017;3, с. 595–599

4. Яловенко Т.М., Лук'янова Н.Ю., Чехун В.Ф. Зміни концентрації гепсидину у сироватці крові та його експресії у пухлинних клітинах залежно від клініко-патологічних особливостей раку молочної залози // Онкологія. – 2016. – Т. 18, No 3 – С.196-203.

5. Effect of 5-azacytidine on miRNA expression in human breast cancer cells with different sensitivity to cytostatics / Chekhun V.F., Borikun T.V., Lukianova N.Y. // Exp. Oncology. – 2016. – Vol. 38, N 1. – P. 26-30.

6. Gerashchenko B.I., Salmina K., Eglitis J., Huna A., Grjunberga V., Erenpreisa J. Disentangling the aneuploidy and senescence paradoxes: a study of triploid breast cancers non-responsive to neoadjuvant therapy. Histochem. Cell Biol., 2016, 145: 497–508.

7. Mazur M.G., Pyatchanina T.V. The use of proteomic technologies in breast cancer research // Experimental Oncology – 2016 – 38 (3) – p. 146–157.

ДОСЛІДЖЕННЯ ВЕЛИКИХ МОТОРНИХ ФУНКЦІЙ ДІТЕЙ З СПАСТИЧНОЮ ФОРМОЮ ДЦП НА САНАТОРНОМУ ЕТАПІ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Шепелла Г. Л., Сабадош М. В.

Факультет здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ «УжНУ»

Ключові слова: дитячий церебральний параліч, спастична форма ДЦП, шкала великих моторних функцій (GMFM), система класифікації великих моторних функцій GMFCS, іпотерапія.

Актуальність проблеми. При спастичні формі церебрального паралічу діти мають підвищений м'язовий тонус, м'язи в них напружені, рухи незграбні або взагалі неможливі, характеризується затримкою редукції тонічних рефлексів у дитинстві, затримкою формування моторних навичок, патологічними руховими стереотипами. Залежно від локалізації та тяжкості ураження мозку рухові порушення при спастичних формах ДЦП клінічно можуть бути представлені як важким тетрапарезом з неможливістю утримання голови, так ізольованим порушенням [2,3].

Дитячий церебральний параліч – це тяжкий стан, який потребує сучасних підходів в реабілітації та своєчасного оцінювання для більш цілеспрямованого втручання. Для цього існують спеціальні класифікації та шкали і найпоширенішими з них є Система класифікації великих моторних функцій - GMFCS та шкала великих моторних функцій – GMFM [1].

Мета дослідження: дослідити особливості функціонування великих моторних функцій дітей з спастичною формою ДЦП на санаторному етапі реабілітації.

Матеріали та методи: Для вирішення завдань дослідження були використані наступні методи: класифікація великих моторних функцій (Gross Motor Function Classification System - GMFCS) та шкала великих моторних функцій (Gross Motor Function Measure – GMFM-88).

Результати дослідження. Дослідження проводилося у КНП Закарпатський обласний дитячий санаторій «Малютко». У дослідженні взяло участь 17 дітей віком 6-12 років, в яких за результатами медичної документації (амбулаторна картка, направлення на лікування) був виявлений спастичний церебральний параліч.

Була здійснена класифікація дітей за GMFCS відповідно до вікової категорії 6-12 років, відповідно до віку досліджуваних дітей.

Виявлено, що за шкалою GMFCS переважна більшість дітей (8 дітей, 47,1%) класифікується до II рівня функціонування, вони вільно ходять як у приміщенні, так і назовні, можуть підніматися на сходах самостійно при наявності поручнів, за які можуть триматися, але на відміну від I рівня, їм важко вдається пересування по схилій та\або нерівній поверхні, при наявності перешкод на шляху. Діти з I рівнем (11,8%, 2 дитини), мають певні

порушення у швидкості, координації, рівновазі та точності виконанні певних рухів, вони ходять вільно по будь-яких поверхнях, піднімаються по сходах, здатні до бігу та виконання вправ у русі по типу стрибків, підскоків, проходження перешкод.

З III рівнем класифіковано 35,2% (6 дітей) від загальної кількості, вони мають знижену функціональну мобільність на відміну від дітей з I та II рівнями, потребують постійне використання допоміжних пристосувань для ходьби, за їх допомогою дитина самостійно може пересуватися як у приміщенні, так і на вулиці. У однієї дитини (5,9%) IV рівень порушень, дитина пересувається тільки у інвалідному візку, сидить самостійно на стільчику, якщо спиною впирається у подушку. Не пересувається без допомоги інших, але функція рук дає можливість самостійного пересування періодично. V рівень не виявлено.

Таблиця 1

Результати дослідження за шкалою GMFCS

<i>Рівень I</i>	<i>Рівень II</i>	<i>Рівень III</i>	<i>Рівень IV</i>	<i>Рівень V</i>
2 (11,8%)	8 (47,1%)	6 (35,2%)	1 (5,9%)	0

Великі моторні функції досліджувалися за шкалою GMFM-88. В результаті аналізу було виявлено, що переважна більшість досліджуваних дітей за шкалою GMFM виявляють більше 50% функціонування великих моторних функцій, 8 дітей у діапазоні 67,5%-79,7% функціонування, 6 дітей у діапазоні 51,9% - 57,1%, 2 дитини виявили більше 80% функціонування, їхні результати 87,7% та 85,5%, а одна дитина тільки 34,4%.

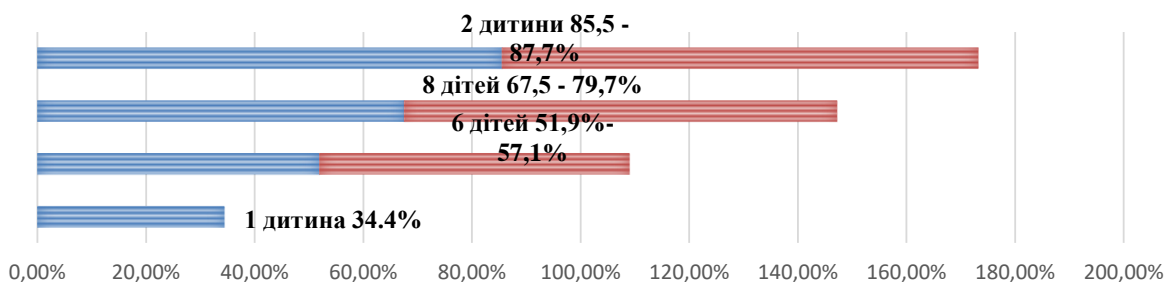


Рис. 1. Діапазон рівнів за шкалою GMFM дітей з спастичною формою ДЦП

Для дітей з рівнем функціонування великих моторних функцій вище 80% (2 дитини) характерна порушення координації та точності рухів, діти ходять вільно без допоміжних пристосувань, легко виконують більшість завдань шкали, деякі з першого разу, сидять самостійно, виконують всі завдання з поворотами, сидіння, ходіння, стрибків та бігу. Відносно низькі бали набирали у завданнях з затримкою в положенні, де необхідно втримати рівновагу.

Переважна більшість дітей, які у діапазоні 65,5-79,8% (8 дітей) мають показники вище середнього. Ці діти ходять, сидять самостійно, деякі діти при необхідності використовують допоміжні засоби. Труднощі виникають при

виконанні завдань стоячи, особливо із затримкою на одній нозі, складно підніматися з положення сидячи, а також завдання в русі, легше виконується ходьба на відміну від завдань з підскоками, які діти практично нездатні виконати. Діти з середнім показником функціонування в діапазоні 51,9%-57,1% (6 дітей) характеризуються зниженою мобільністю на відміну від попередньо описаних, пересуваються самостійно за наявності допоміжних засобів, без них можуть самостійно сидіти та деякі пересуватися на підлозі.

Низький рівень (34,4%, 1 дитина) функціонування, такі діти нездатні самостійно пересуватися тільки в інвалідному візочку, сидять тільки з допомогою, виконання завдань шкали вдається з важкістю.

На основі досліджених рівнів функціонування великих моторних функцій був розроблений комплекс терапевтичних вправ для застосування при заняттях іпотерапією, які були індивідуально скореговані під кожний рівень функціонування дітей. Діти з низьким показником нижче 50% функціонування виконували деякі вправи з комплексу у поєднанні дихальними вправами, їздою з закритими очима та різними видами посадки: спино вперед, збоку –обидві ноги разом, лежачи на животі та спині.

Діти з середнім рівнем функціонування (51,9%-57,1%, 6 дітей), виконували повноцінний комплекс з поступовим введення вправ, збільшенням амплітуди та кількості повторень з використанням їзди з різними посадками та допоміжних засобів управління конем.

Діти з показником вище середнього (65,5-79,8%, 8 дітей) та високим (87,7% та 85,5%) виконували повноцінний комплекс вправ під час іпотерапії, а також самостійно з батьками вдома.

Висновки. Таким чином було досліджено рівень функціонування великих моторних функцій у дітей, результати яких свідчать про середні та вище середнього рівні функціонування великих моторних функцій у переважної більшості дітей. Ці дослідження є основою для створення комплексу терапевтичних вправ для використання під час занять іпотерапією для дітей з спастичною формою церебрального паралічу, її запровадження та продовження подальших досліджень.

Література

1. Петренко А.В., Таможанська Г.В., Кобзіна М.П. Використання сучасних методів оцінки великих моторних функцій у дітей зі спастичними формами церебрального паралічу у практиці фізичного терапевта. Науковий журнал: Фізична реабілітація та рекреаційно-оздоровчі технології № 5(4) / 2020. С. 49-52.

2. Семёнова Е.В., Клочкова Е.В., Коршикова-Морозова А.Е., Трухачёва А.В., Заблоцкис Е.Ю. Реабилитация детей с ДЦП: обзор современных подходов в помощь реабилитационным центрам. М.: Лепта Книга, 2018. 584 с. (Серия «Азбука милосердия»: метод. и справ. пособия).

3. Ружицька Л. І. Клінічна характеристика дитячого церебрального паралічу. Збірник наукових праць КПНУ імені Івана Огієнка: «Проблеми сучасної психології». Випуск 15. Інституту психології ім. Г.С.Костюка 2012. 568 с.

ВІДНОШЕННЯ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР ДО ПРИСУТНОСТІ БАТЬКІВ ДІТЕЙ-ПАЦІЄНТІВ ВІКОМ ВІД 1 ДО 6 РОКІВ ПРИ НЕСКЛАДНИХ МЕДИЧНИХ МАНІПУЛЯЦІЯХ

Юрченко М. В.

Житомирський медичний інститут ЖОР

Ключові слова: медичні сестри, діти-пацієнти, батьки, медичні маніпуляції, взаємовідносини.

Key words: nurse, child-patient, parents, medical manipulations, relationship.

Актуальність обраної теми. Професіоналізм медичних сестер і гуманне ставлення до людини, а особливо до дитини, є необхідними умовами успішного лікування, включаючи вміння знаходити спільну мову з рідними дитини-пацієнта що значною мірою сприяє її одужанню [1] [2].

Законом України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» передбачене спільне перебування батьків та їх хворих дітей віком до 6 років та старше у зв'язку з тяжким перебігом хвороби у відділеннях дитячих лікарень, але не всі батьки дотримуються внутрішнього розпорядку відділень і можуть заважати медичним сестрам повноцінно виконувати свою роботу [3].

Мета дослідження. Розглянути відношення медичних сестер до присутності батьків дітей-пацієнтів віком від 1 до 6 років при нескладних медичних маніпуляціях.

Матеріали та методи дослідження. У дослідженні було використано загальнонаукові методи: аналіз, синтез та спеціальні методи дослідження:

– соціологічне дослідження - метод опитування. Медичним сестрам педіатричних відділень (відділення інтенсивної терапії та реанімації, дитяче інфекційне відділення, хірургічне відділення, ортопедія, педіатрія 1,2,3, травматологія, онкологічне відділення) були задані запитання, які стосуються спільного перебування дітей-пацієнтів із батьками у відділенні. Запитання мали варіанти відповідей та можливість висловити свою думку. Всі відповіді були занотовані;

– метод інтерв'ю - проводилося безпосереднє спілкування з медичними сестрами (40 осіб);

– статистичний метод - був проведений аналіз відповідей медичних сестер (40), який дав змогу структурувати всю інформацію і полегшити подальше її використання.

Результати дослідження. Досліджувані питання регулюються відповідно до положень абзацу другого статті 63 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», згідно якого при стаціонарному лікуванні дітей віком до шести років, а також тяжкохворих дітей старшого віку, які потребують материнського догляду за висновком лікарів, матері або іншим членам сім'ї надається можливість перебувати з дитиною в лікувальному закладі із забезпеченням безоплатного харчування і умов для проживання. Крім того, перебування у стаціонарі батьків у зв'язку з

доглядом за дітьми віком понад 6 років передбачено у постанові Кабінету Міністрів України від 17.09.1996 № 1138 у переліку послуг, що надаються згідно з функціональними повноваженнями державними і комунальними закладами охорони здоров'я (п. 15) [3].

Ми вважаємо через те, що питання були поставлені в усній формі, медичні сестри відповідали експромтом і правдивість їхніх відповідей була більшою чим якби вони обмірковували свої думки.

За результатами дослідження на спільне перебування батьків та дітей у відділеннях 25 медичних сестер (62,5%) мають позитивну реакцію, деякі навіть спонукають батьків до цього, пояснюючи це тим, що батьки мають кращий вплив на свою дитину ніж будь хто інший. 13 (32,5%) нейтрально відносяться до присутності батьків, а лише 2 (5,0%) ставляться негативно до спільного перебування батьків та дітей у відділеннях, коментуючи це так: «Батьки хочуть мати вплив не лише на дитину, а і на медичних працівників відділення, цим самим уповільнюють процес організації роботи».

Також ми проаналізували рівень співпраці з батьками педіатричних пацієнтів під час медичних маніпуляцій, покращення їхнього емоційного стану, що відображено на рис. 1.

Відповідно до результатів, визначено позитивну динаміку оскільки 17 (42,5%) із 40 медичних сестер активно співпрацюють з батьками маленьких пацієнтів, а 18 (45,0%) – роблять це за необхідністю.

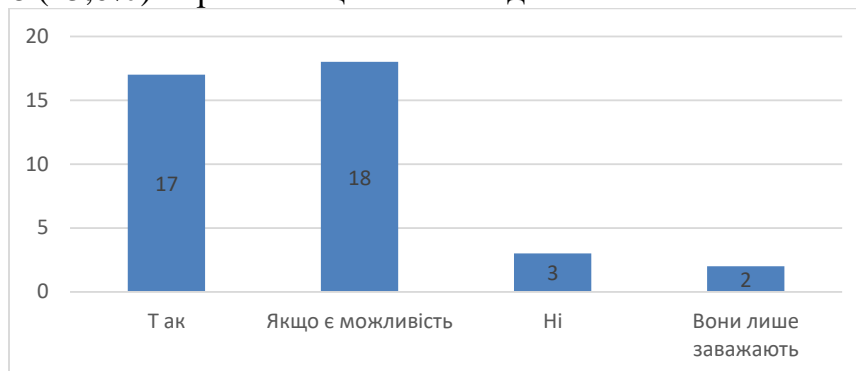


Рис. 1. Відношення медичних сестер до батьків у педіатричних відділеннях під час медичних маніпуляцій

Під час аналізу відповідей на запитання соціологічного дослідження, щодо відношення медичних сестер до поведінки батьків під час їхнього перебування у відділенні, було отримано наступні відповіді: 9 (22,5%) негативно оцінили постійну увагу батьків дітей-пацієнтів за діями медичної сестри; 18 (45,0%) відзначили надмірну прискіпливість до дій медичної сестри; 12 (30,0%) негативно ставляться до повного контролю під час маніпуляцій; 1 особа засудила присутність батьків пацієнтів на медичних маніпуляціях.

У графі «свій варіант» медичні сестри надавали такі відповіді: «все влаштовує»; «зверхне ставлення до медичного персоналу»; «не виконання батьками правил внутрішнього режиму відділення».

Висновки. У більшості випадків між медичними працівниками (медичними сестрами) та батьками було створено двосторонню взаємодію. Ми вважаємо, що це сприяє більш ефективному та комфортному для дитини проведенню діагностики, лікування та покращує догляд за дітьми-пацієнтами в педіатричних відділеннях.

Література

1. Касевич Н.М. Медсестринська етика і деонтологія: навч. посібник для студ. вищ. мед. навч. закл. I-III рівнів акредитації. – К. : Медицина, 2013. – 200 с.

2. Кайдалова Л.Г., Пляка Л.В. К 15 Психологія спілкування : навчальний посібник. – Х. : НФаУ, 2011. – 132 с.

3. Витяг з листа Міністерства охорони здоров'я України від 12.08.2013 №04.04.42-24727 Щодо перебування в закладі охорони здоров'я з дитиною старше 6 років під час стаціонарного лікування. Вилучено з <https://artemrada.gov.ua/news/4915>

РОЛЬ І МІСЦЕ КОСМЕТОЛОГІЇ В ФОРМУВАННІ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ

Шатило В.Й., Драбчук О.Л.

Житомирський медичний інститут ЖОР

Ключові слова: косметологія, психологія, емоції, здоров'я, медицина (psychology, cosmetology, health, emotions, medicine)

Актуальність. Впродовж тисячоліть культ здорового, красивого, доглянутого обличчя, волосся, тіла є красномовним свідченням культури людини, складовою її іміджу. Сьогодні як для жінок, так і для чоловіків косметика є необхідною складовою повсякденного життя, що безпосередньо впливає на психологічний стан людини.

В індустрії краси з'явилися інноваційні технології, здатні суттєво уповільнити процеси старіння організму, відновити структуру шкіри.

Відомо, що косметичні засоби, система лікувальних процедур не зможуть сприяти відновленню сяяння шкіри, молодого блиску очей. Усе залежить від емоційного стану людини, психологічного здоров'я загалом. Окремі дослідження доводять, що зовнішні прояви процесів старіння знаходяться в прямій залежності від психологічного стану людини. Психологічна косметологія відкриває нові дієві методики боротьби з естетичними дефектами, використовуючи внутрішні ресурси людини. Цей напрямок у мистецтві краси базується на психологічних методах впливу на самосприйняття особистості, розкриття її внутрішніх резервів, оптимістичного погляду на життя, мотивації на успіх та здоров'я. Дана проблематика є дуже актуальною для формування психологічного здоров'я людини, разом з тим є недостатньо дослідженою, що і обумовило актуальність нашого дослідження.

Мета дослідження: дослідити вплив косметології на психоемоційний стан людини формування психічного здоров'я.

Матеріали та методи: бібліосемантичний, медико-соціологічне дослідження серед користувачів косметологічних послуг за спеціально розробленою анкетною, аналітичний та логічного узагальнення.

Результати дослідження. Психологічні методи впливу на внутрішні причини старіння організму, сприяють позитивним змінам біологічної зовнішності людини.

Окремі дослідження в психокосметології доводять, що основними причинами передчасного старіння є глибокі психологічні проблеми, стреси, психологічний дискомфорт, негативні емоційні реакції на реалії життя тощо. Основними чинниками впливу на процеси передчасного старіння організму є ставлення людини до життя (розчарування, негативне сприйняття реалій життя, недовіра до оточуючих) ставлення до самого себе (надмірна самокритичність, вимогливість), глибокі емоційні переживання,

невідреаговані емоції, що локалізуються в тілі, утворюють затискачі і перешкоджають запуску процесів регенерації і омолодження в організмі. Працюючи з внутрішніми причинами появи зовнішніх ознак старіння, психокосметолог здійснює формування у пацієнта позитивного образу обличчя і тіла, яке сприяє поліпшенню його самопочуття і, як наслідок, – запускає механізм природного, фізіологічного омолодження.

Важливим фактором процесу омолодження є корекція емоційної сфери особистості пацієнта, що дозволяє розширити діапазон його емоційних реакцій, які, як показують результати останніх досліджень, перешкоджають утворенню мімічних зморшок. ТанDEM психології і косметології має могутні ресурси для подолання проблем передчасного старіння. Засоби косметології є протидією зовнішнім ознакам старіння, а психологічні техніки та прийоми спрямовані на усунення причин їх виникнення. Розібравшись з глибинними причинами передчасного старіння, психолог визначає основні напрямки коригування емоційного стану та поведінки пацієнта, запускаючи в його організмі механізми природного омолодження. Суть напряму психокосметології полягає не тільки і не стільки в усуненні естетичних вікових дефектів, але перш за все в коригуванні внутрішнього стану пацієнта, сприяючи поліпшенню його психо-емоційного стану і тим самим омолоджує організм фізіологічними методами.

Працюючи в танDEMі з косметологом або пластичним хірургом, психокосметолог допомагає посилити ефект омолоджуючих процедур, налаштовуючи організм на правильне сприйняття.

З одного боку, він не дає пацієнтам потрапити в залежність від косметологічних процедур, з іншого, – підсилює їх зовнішній ефект і пролонгує його дію в часі. Саме тому однією з найбільш затребуваних послуг в даній сфері є психологічний супровід косметологічних процедур, що дозволяє не тільки їх правильно дозувати, а й посилити терапевтичний ефект. Робота косметолога відноситься до типу «людина-людина», що зумовлено необхідною наявністю навичок комунікації, соціальними установками, вмінням розпізнавати психотип клієнта. Знання психокосметологом характерних особливостей різних типів людей допоможе покращити якість обслуговування, побудувати емпатійні стосунки.

Ще один розділ косметології як галузі медичної науки, це нові дані про адаптаційні якості шкіри, її відновлювальні можливості, активно розвиваються нові технології і засоби корекції косметичних недоліків, комплексні методи лікування та ін.

Отже, використання в косметології найкращих досягнень науки та психологічних підходів, позитивно впливає на формування психологічного здоров'я людини.

Висновки. На основі проведеного дослідження нами виявлено позитивний вплив косметологічних процедур на психоемоційний стан людини. Системний і регулярний позитивний психолого-емоційний вплив на людину сприяє формуванню психологічного і фізичного здоров'я людини.

Література

1. Варій М. Й. Психологія особистості : підручник. Львів: Вид-во Львів. політехніки, 2016. 608 с.
2. Кириленко Т. С. Психологія: емоційна сфера особистості: навч. посібник. Київ: ЦУЛ, 2014. 256 с.
3. Помаранська Н.Є. Історія макіяжу. Київ : Кондор, 2017. 124 с.
4. Технологія та застосування лікувальних засобів: навч. посібник. Львів: Вид-во Львів. політехніки, 2019. 244 с.
5. Хайдарова Ж. П. Перукарська справа: матеріалознавство. Харків: Світ Книг, 2018. 204 с.

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ЗНАЧЕННЯ ЗАХВОРЮВАНОСТІ І ПРОФІЛАКТИКИ ЗАХВОРЮВАНЬ ЛОР-ОРГАНІВ

Шатило В. Й., Конова Д.В.

Житомирський медичний інститут ЖОР

Ключові слова: профілактика, медсестра, хронічні хвороби, тонзиліт, ускладнення (prevention, nurse, chronic diseases, tonsillitis, complication).

Актуальність. Хвороби носа, приносних пазух та горла трапляються дуже часто у дітей і дорослого населення. Дані захворювання проявляються по декілька разів на рік у всіх вікових категоріях. За даними джерел наукової літератури та медико-соціологічного дослідження виявлено, що кожен 4 із числа респондентів працездатного віку має захворювання ротоглотки, - так званий рекурентний (хронічний) тонзиліт. Це хронічне захворювання, яке супроводжується запаленням мигдаликів, і в 90% випадків при невчасному лікуванні, провокує системні захворювання. Аналогічною є ситуація і з іншими хворобами ЛОР-органів. В доступній нам літературі ми не знайшли достатнього матеріалу, програм з профілактики цих захворювань, в тому числі і з участю медсестри, що і обумовило актуальність нашого дослідження.

Мета дослідження. Дослідити захворюваність ЛОР-органів серед осіб працездатного віку та опрацювати підходи до профілактики захворювань ЛОР-органів та їх ускладнень за участі медсестри.

Матеріал та методи: було проведено медико-соціологічне дослідження серед 102 осіб працездатного віку (18 - 60 років).

У роботі використані сучасні методи наукового дослідження: медико-соціологічний, бібліосемантичний, системного аналізу, математичного моделювання і логічного узагальнення.

Основні результати. Результати проведеного медико-соціологічного дослідження вказують на те, що 75% опитаних перенесли хвороби ЛОР-органів, 50 % взагалі не мають знань та інформації, про можливі ризики даних захворювань. Із числа опитаних у 70% встановлено захворювання, - рекурентний (хронічний) тонзиліт, 56% опитаних хворіють на алергічно-вазомоторний риніт, а 40% опитаних мають в анамнезі обидва, зазначені вище, захворювання. З опитаних респондентів, які мають захворювання уха, горла, носа, - 50% респондентів мають певні знання щодо їх профілактики, але нехтують ними. Тобто, вони вживають подразнюючу їжу, газовані напої, міцні алкогольні напої, палять, не дотримуються правил ЗСЖ. За результатами опитувань, щодо захворювань алергічний риніт, риносинусит - 30% пацієнтів мають сезонні прояви даних хвороб, при цьому невчасно звертаються до лікаря з метою отримання повноцінного лікування і часто займаються самолікуванням. Під час опитування було з'ясовано, що лише

3% респондентів підтвердили проведені з ними санітарно-освітні заходи щодо цих захворювань і їх профілактики.

Висновки:

1. Проведеним дослідженням підтверджено значне поширення серед осіб працездатного віку захворювань ЛОР-органів, які дають важкі ускладнення здоров'я і негативно впливають на формування громадського здоров'я.
2. З'ясовано, що система охорони здоров'я має низьку активність в профілактиці захворювань ЛОР-органів, а медсестри практично не задіяні в просвітницькій роботі серед населення, що вимагає зміни таких підходів .
3. Нами обґрунтовано, що медичні сестри, при певній додатковій підготовці і наявності спеціального часового ресурсу в робочому графіку, можуть проводити санітарно-освітні та профілактичні заходи, щоби люди були більш обізнані в ризиках хвороб органів рото-носо-глотки і могли уникнути цих захворювань, та одночасно акцентувати увагу на небезпечність самолікування.
4. Нами розроблено деякі оригінальні підходи, з використанням сучасних інформаційних технологій і методик профілактики захворювань ЛОР-органів, за участі медсестер і медбратів.

Література

1. XII Науково-практична конференція з міжнародною участю "Вища освіта та практика в медсестринстві" 21 жовтня 2021 року, м.Житомир
2. Гавріш О.В. Медсестринство в оториноларингології : підручник / О.В. Гавріш, С.А. Ніколаєнко. — К. : ВСВ «Медицина», 2015. 416 с.
3. Тонзиліт (хронічний, рекурентний, рецидивуючий): просто про складне. Монографія \ А. Л . Косаковський, С. А. Левицька — Вінниця: ТОВ “Меркьюрі-Поділля” – 2021. 188 с.
4. Дитяча ринологія. Навч.-метод. Посібник \ під ред. Ф. Юрочка, А. Косаковського, В. Шкорботуна. - Львів: Мс, 2020. 268 с.

ІННОВАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ НАВЧАННЯ ПРИ ПІДГОТОВЦІ МЕДИЧНИХ ФАХІВЦІВ

*Шатило В. Й., Можарівська А.А.
Житомирський медичний інститут ЖОР*

Ключові слова: медична освіта, інноваційні технології, здобувачі медичної освіти, симуляційне навчання, професійні компетентності медиків

Key words: medical education, innovative technologies, students, simulation training, professional competencies of physicians

Актуальність проблеми. Розвиток медицини та постійні інновації в сфері послуг охорони здоров'я ставлять нові виклики перед системою медичної освіти та формують для неї нові завдання щодо підготовки медичних фахівців.

Сучасна система охорони здоров'я вимагає компетентних фахівців, які володіють необхідними знаннями, здібностями і навичками. Стратегією розвитку медичної освіти, одним із ключових документів системи освіти медиків, зазначається, що підготовка повинна бути сучасна, ґрунтуватись на принципах доказової медицини та органічно поєднувати теоретичні знання з практичними навичками і вміннями.

Здобуття професійних компетентностей здобувачами медичної освіти можливе за умови навчання в відповідному освітньому середовищі, що максимально наближене до реальних умов, а саме роботи студента під час навчальних занять або проходження практики у відділеннях клініки та їх максимальній доступності до пацієнтів, так званій діяльності «біля ліжка хворого».

В той же час варто відмітити, що у разі навчання «біля ліжка хворого» пріоритетом виступає лікування пацієнта, його безпека і благополуччя - а не освітній процес. Згідно статистичних даних деяких європейських держав відсоток лікарських помилок є значним. Зокрема, у Великобританії лікарські помилки посідають третє місце в структурі причин смерті після раку та серцево-судинних захворювань, що складає близько 40 тисяч осіб щороку. Тоді як в Ізраїлі людські втрати через лікарські помилки становлять в середньому 6–7 тисяч осіб за рік.

Навчання «біля ліжка хворого» утруднене і рядом інших чинників. Серед яких ключовим є і небажання самих пацієнтів, їх родичів, а також медичного персоналу закладів охорони здоров'я, щоб студенти приймали участь в лікувально-діагностичному процесі. Це на їх думку створює ймовірний ризик для здоров'я пацієнта.

Варто відмітити, що за останній рік освітні можливості в умовах клініки обмежились та різко погіршились в зв'язку з карантинном з приводу коронавірусної хвороби COVID-19.

Такі зміни однозначно не сприятимуть підвищенню якості підготовки медичних фахівців та стають серйозним викликом для вітчизняної системи медичної освіти.

Мета дослідження: проаналізувати та охарактеризувати інноваційні технології при підготовці медичних фахівців.

Матеріалами та методами стали дані впровадження симуляційних технологій в процес підготовки здобувачів медичної освіти.

Результати та їх обговорення. В 2009 році Світовий Альянс спільно із фахівцями ВООЗ розробили та представили документ для закладів медичної освіти «Керівництво щодо безпеки пацієнтів для медичних освітніх закладів» (ВНО, 2009). Згідно до запропонованих рекомендацій, такі заклади мають забезпечити максимально безпечне та надійне для пацієнтів навчальне середовище при опануванні здобувачами медичної освіти клінічних навичок.

Одним із ефективних варіантів досягнення цієї мети є запровадження симуляційних технологій навчання в процес підготовки майбутніх медичних фахівців.

Симуляційне навчання – це інноваційна форма організації навчання, в процесі якої студент працює в імітованій обстановці максимально наближеній до реальних клінічних умов.

Девід Габ зазначав, що «симуляція – це техніка, що дозволяє збагатити практичний досвід студента за допомогою штучно створеної ситуації, яка відображає реальні проблеми в повністю інтерактивній манері».

Застосування симуляції в освітньому процесі дозволяє здійснювати навчання з урахуванням потреб здобувачів освіти щодо набуття ними необхідних професійних компетентностей особливо тих, які неможливо продемонструвати та відпрацювати навіть в реальних клінічних умовах. Таких формат навчання має ряд переваг порівняно з традиційними освітніми технологіями.

Першою і ключовою перевагою є можливість забезпечення цілковитої безпеки пацієнта в процесі навчання. Адже здобувач освіти отримує свій професійний досвід у віртуальному (штучно створеному) середовищі, працюючи з сучасними фантомами, тренажерами, що дозволяє максимально реалістично відтворити будь-які процеси діяльності організму людини при тій чи іншій патології. Використання симуляційних технологій є доступним та не залежить від графіку роботи закладів охорони здоров'я, бажання або небажання медичного персоналу, пацієнта та його родичів. Також відпрацювання та удосконалення практичних навичок можна здійснювати необмежену кількість разів, що дозволяє довести їх виконання до автоматизму. Крім того під час симуляційних тренінгів можливо моделювати будь-які клінічні ситуації: як рідкісні патології, так і стани, які загрожують життю пацієнта, що є неможливим відпрацювати при роботі «біля ліжка» хворого. Зазвичай такі пацієнти є важкими та рідко доступними для курації та й для навчання обираються стабільні та контактні пацієнти. Позитивним елементом навчання з використанням симуляційних технологій є зниження

стресу студентів та підвищення їх мотивованості. Адже в процесі такого тренінгу студент розуміє, що його помилка не становить загрозу життю пацієнта та всі його дії можна скорегувати та виправити під час потворного виконання завдання. І на завершення не менш важливим є можливість здійснення максимально об'єктивної та неупередженої оцінки роботи здобувача, так як частково функцію оцінювання, що під час традиційного навчання здійснюється викладачем, бере на себе віртуальний тренажер.

Питання зниження можливості роботи здобувачів в умовах клініки є актуальним і для нашого інституту. Адже щорічно обмежується доступ до роботи студентів у відділеннях лікарень, що знижує якість відпрацювання практичних навичок та обмежує їхнє право на проведення медичних маніпуляцій до отримання диплома.

Одним із шляхів вирішення цієї ситуації стало створення Навчального тренінгового центру (НТЦ), який був відкритий в рамках участі інституту в україно-швейцарському проєкті «Розвиток медичної освіти», як одного із шести пілотних закладів вищої медичної освіти. На сьогодні створений Центр загальною площею близько 800 квадратних метри. В своїй структурі він має 13 навчальних кімнат, де здійснюється практична підготовка здобувачів закладу за різними освітніми напрямками. Серед них:

- лабораторії інформаційних комп'ютерних технологій та дистанційного навчання,
- лабораторії маніпуляційної техніки -3,
- лабораторія невідкладних станів дорослих-1,
- лабораторія невідкладних дітей та підлітків -1,
- лабораторія клінічних навиків-1,
- лабораторія клінічних навиків з фізіотерапії та реабілітації-1,
- лабораторія клінічних навиків з педіатрії-1,
- лабораторії симуляційної медицини (в складі лабораторії – операторські з управління і контролю симуляцією, кімнати симуляції та дебрифінгу)
 - лабораторія сімейної медицини-1
 - лекційна аудиторія

В умовах Центру одночасно можуть навчатись 120 здобувачів освіти та відпрацьовувати в загальному 500 практичних навичок. Для здійснення якісного освітнього процесу Центр оснащений необхідною аудіо, відео апаратурою та комп'ютерною технікою, медичним обладнанням (50 одиниць) та сучасними манекенами, фантомами, муляжами (170 одиниць).

Під час проведення практичних занять на базі НТЦ викладачі мають можливість застосовувати сучасні симуляційні технології навчання. Зокрема, проведення практичних тренінгів з моделюванням клінічних ситуацій за участі високотехнологічного обладнання. Така технологія дозволяє відтворювати клінічні ситуації будь-якої складності. Наприклад, інсценувати невідкладні стани в умовах стаціонару, під час транспортування в кареті швидкої медичної допомоги, в громадських місцях чи вдома, що є практично

неможливим та складним для виконання в реальних клінічних умовах. Після проведення тренінгу (виконання клінічного завдання) обов'язково проводиться дебрифінг, в процесі якого викладач разом із студентом має можливість переглянути та проаналізувати, завдяки відеозаписам, дії команди при виконанні сценарію, оцінити їх комунікацію, ефективність взаємодії у команді, роль лідера та якість виконання поставленої задачі. Такий формат дозволяє здобувачам освіти краще проаналізувати зроблені помилки, їх причини та усунути їх в майбутньому.

Висновки. Симуляційне навчання є інноваційною технологією в сучасній медичній освіті. В теперішніх умовах обмеження доступу до реальних пацієнтів його використання дозволить покращити ефективність здобуття професійних компетентностей майбутніми медичними фахівцями.

Література

1. Шатило В.Й., Можарівська А.А. Сучасні симуляційні технології навчання в медичній освіті. Вища освіта та практика в медсестринстві: матеріали XII наук.-практ. конф. з міжнародною участю, Житомир. 21 жовтня 2021 р./ за ред. В.Й. Шатила. Житомир: ФОП Худяков О.В., 2021. С.4-7

2. Губарева С.А., Дорохова А.І. Роль симуляційних методів навчання в становленні гармонійної комунікативної особистості студента медика. Симуляційне навчання в системі підготовки медичних кадрів: матеріали навч.-метод. конф., присв. 212-й річниці від дня заснування ХНМУ (Харків, 30 лист. 2016 р.). Харків : ХНМУ, 2016. С. 41-43.

3. Бойчук Т. М., Геруш І. В., Ходоровський В. М. [та ін.] Ефективність симуляційних сценаріїв в оптимізації практичної підготовки студентів у закладі вищої медичної освіти України. Медична освіта. 2018. № 2. <https://doi.org/10.11603/me.2414-5998.2018.2.8965>

ЗМІСТ

Вітальні слова	3
Науковий комітет	4
Організаційний комітет	5
Програма конференції	6
Тези учасників конференції.....	10
Parová Valéria SOCIÁLNA INTELIGENCIA A EMPATIA AKO VÝZNAMNÉ ATRIBÚTY PRÁCE SESTIER/СОЦІАЛЬНИЙ ІНТЕЛЕКТ І ЕМПАТІЯ, ЯК ВАЖЛИВІ АТРИБУТИ РОБОТИ МЕДСЕСТЕР.....	11
Noga Vladimír MORÁLNA STRÁNKA VAKCINÁCIE PROTI COVID-19 V KONTEXTE PALIATÍVNEJ A SOCIÁLNEJ STAROSTLIVOSTI.....	13
Repaská Eva VZŤAH SPÁNKOVEJ DEPRIVÁCIE A VÝKONNOSTI SESTIER.....	20
Андрійчук Л. В. АНАЛІЗ ЗАХВОРЮВАНOSTІ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 1 ТИПУ СЕРЕД ДІТЕЙ ЖИТОМИРСЬКОЇ ОБЛАСТІ ТА КОМФОРТНОСТІ ПЕРЕБУВАННЯ ЇХ У ШКОЛІ	22
Білик О. В. СОЦІАЛЬНІ ЧИННИКИ ЗБІЛЬШЕННЯ ВІКУ ЖІНОК, ЯКІ НАРОДЖУЮТЬ ВПЕРШЕ.....	25
Близнюк З. М., Грищук С. М. ПРИПИНЕННЯ ПАЛІННЯ ЯК ДОКАЗОВИЙ СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ОБСТРУКТИВНОГО ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ	28
Богдан О. В. РОЛЬ ГРОМАДСЬКИХ ОРГАНІЗАЦІЙ В ПРОМОЦІЇ ТА АДВОКАЦІЇ ПРОВЕДЕННЯ ВАКЦИНАЦІЇ НАСЕЛЕННЯ ВІД КОРОНОВІРУСУ COVID-19	31
Брич В.В. ПІДГОТОВКА МАГІСТРІВ СПЕЦІАЛЬНОСТІ 229 «ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я» ДО РОБОТИ У СФЕРІ ПРОФІЛАКТИКИ УСКЛАДНЕНЬ ТРАВМ ТА УРАЖЕНЬ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ.....	34
Бура О. В. ПРОФІЛАКТИКА РОЗЛАДІВ ПСИХІКИ І ПОВЕДІНКИ СЕРЕД УЧНІВ ЗАКЛАДІВ ОСВІТИ.....	38
Гаснюк Б. В., Сабадош М.В. ВПЛИВ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ В ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ, ХВОРИХ НА СКОЛІОЗ І СТУПЕНЯ.....	41
Гусар Т. В. РОЛЬ ФАХІВЦІВ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В ПРОФІЛАКТИЦІ ІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ ГРОМАДИ.....	44
Данильчук О. О., Шатило В. Й. РОЛЬ МЕДИЧНОГО ПРАЦІВНИКА У ФОРМУВАННІ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ У ДІТЕЙ ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ.....	48

Даровська Л. І., Гордійчук С. В. ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКОСТІ ОСВІТНЬОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ПРИ ПІДГОТОВЦІ МАГІСТРІВ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я.....	53
Дідківська Т. В. ФАКТОРИ РИЗИКУ ПОШИРЕНИХ СТОМАТОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ СЕРЕД ДОРΟΣЛОГО НАСЕЛЕННЯ.....	56
Дуб М. М., Іваниця С. М. ВИКЛАДАННЯ НАВЧАЛЬНИХ КУРСІВ В УМОВАХ ДИСТАНІЙНОГО НАВЧАННЯ.....	58
Киричук І. М. ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ ТА ПРОВЕДЕННЯ ІНФЕКЦІЙНОГО КОНТРОЛЮ В МЕДИЧНИХ ЗАКЛАДАХ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ.....	60
Косинська Т. П. ПИТАННЯ ЕПІДЕМІОЛОГІЇ ЗАХВОРЮВАНЬ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ ТА ЇХ ПРОФІЛАКТИКИ В СИСТЕМІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я.....	64
Корольчук О. Л. ОНЛАЙН НАВЧАННЯ У ПЕРІОД ПАНДЕМІЇ COVID-19: ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ	67
Коцко Н. М. СУЧАСНІ ДЕЗИНФІКУЮЧІ ЗАСОБИ ТА ЇХ ЗАСТОСУВАННЯ В МЕДИЦИНІ	70
Крись М. Є. ОСОБЛИВОСТІ КУЛЬТУРИ СТАТЕВОГО ЖИТТЯ ТА ЗБЕРЕЖЕННЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ ЗАЛЕЖНО ВІД СТАТІ	73
Купар І. В. ЗАСТОСУВАННЯ АНТИБАКТЕРІАЛЬНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ НА ТВАРИННИХ ФЕРМАХ, ЯК ПРИЧИНА ВИНИКНЕННЯ РЕЗИСТЕНТНОСТІ МІКРООРГАНІЗМІВ.....	77
Лебеденко А. М., Заблоцька О. С. ПРИНЦИПИ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ	80
Лисак С. В., Філак Я. Ф. ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ОСІБ ПРАЦЕЗДАТНОГО ВІКУ З ОСТЕОХОНДРОЗОМ ШИЙНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА.....	84
Ломага М. М., Філак Ф. Г. ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ КОЛІТ З ГІПОМОТОРНИМ СИНДРОМОМ В УМОВАХ САНАТОРІЮ.....	87
Лошакова І. С., Шатило В. Й. ДЕМОГРАФІЧНА СИТУАЦІЯ ТА ОЦІНКА РІВНЯ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ ЖИТОМИРСЬКОЇ ОБЛАСТІ.....	90
Маслякевич А. В. ОКРЕМІ АСПЕКТИ СТАВЛЕННЯ НАСЕЛЕННЯ ЗАКАРПАТСЬКОЇ ОБЛАСТІ ДО ПРОБЛЕМИ COVID-19 ТА ВАКЦИНАЦІЇ.....	93
Миронюк І. С., Брич В. В. КОМПЛЕКСНЕ ВИКОРИСТАННЯ ЗАСОБІВ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ ПРИ ВИВЧЕННІ ДИСЦИПЛІНИ «ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я З ОСНОВАМИ ЕПІДЕМІОЛОГІЇ» МАГІСТРАМИ СПЕЦІАЛЬНОСТІ 227.1 «ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ»	96
Міщук І. М. СТАН ТРАВМАТИЗМУ СЕРЕД ЗДОБУВАЧІВ ОСВІТИ.....	99

Огурцова Л. В., Заблоцька О. С. ТЮТЮНОПАЛІННЯ ЯК МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА ПРОБЛЕМА.....	102
Парасунько В. В., Заблоцька О. С. СТАН ТА ПРИЧИНИ ТРАВМАТИЗМУ В УКРАЇНІ.....	104
Попович С. В., Русин Л. П. АНАЛІЗ КОРЕКЦІЇ СОМАТИЧНОГО ЗДОРОВ'Я І ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ПІДГОТОВЛЕНОСТІ СТУДЕНТОК ХВОРИХ НА НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНУ ДИСТОНІЮ ЗАСОБАМИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ.....	108
Попович С. С., Мелега К. П. КОМПЛЕКСНІ РЕАБІЛІТАЦІЙНІ ЗАХОДИ ДЛЯ ХВОРИХ НА ФУНКЦІОНАЛЬНІ ПОРУШЕННЯ ЖОВЧНОГО МІХУРА НА ПОЛІКЛІНІЧНОМУ ЕТАПІ.....	112
Рирак В. В. РОЛЬ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ В ФОРМУВАННІ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ СЕРЕД МОЛОДІ (ПСИХОЛОГІЧНИЙ АСПЕКТ)	116
Суботович І. М., Махновська І. Р. СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ ФОРМУВАННЯ НАРКОТИЧНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ СЕРЕД ПІДЛІТКІВ.....	119
Шабат І. П., Русин Л. П. ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ЖІНОК ПІСЛЯ КОМПЛЕКСНОГО КОМБІНОВАНОГО ЛІКУВАННЯ РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ.....	121
Шатило В. Й., Драбчук О. Л. РОЛЬ І МІСЦЕ КОСМЕТОЛОГІЇ В ФОРМУВАННІ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ.....	125
Шатило В. Й., Конова Д. В. МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ЗНАЧЕННЯ ЗАХВОРЮВАНОСТІ І ПРОФІЛАКТИКИ ЗАХВОРЮВАНЬ ЛОР-ОРГАНІВ.....	128
Шатило В. Й., Можарівська А.А. ІННОВАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ НАВЧАННЯ ПРИ ПІДГОТОВЦІ МЕДИЧНИХ ФАХІВЦІВ.....	131
Шепелла Г. Л., Сабадос М.В. ДОСЛІДЖЕННЯ ВЕЛИКИХ МОТОРНИХ ФУНКЦІЙ ДІТЕЙ З СПАСТИЧНОЮ ФОРМОЮ ДЦП НА САНАТОРНОМУ ЕТАПІ РЕАБІЛІТАЦІЇ	134
Юрченко М. В. ВІДНОШЕННЯ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР ДО ПРИСУТНОСТІ БАТЬКІВ ДІТЕЙ- ПАЦІЄНТІВ ВІКОМ ВІД 1 ДО 6 РОКІВ ПРИ НЕСКЛАДНИХ МЕДИЧНИХ МАНІПУЛЯЦІЯХ.....	136

ISBN 978-617-7798-71-1

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

*Матеріали II міжвузівської науково-
практичної конференції з міжнародною
участю*



Формат 60*84/16. Папір офс.
Гарнітура Academy. Друк офс.
Ум.друк.арк. 8,31. Обл.-вид.арк.7,67
Наклад 60 прим.

Видавництво "ФОП Сабов А.М."
м. Ужгород, вул. Університетська, 21/220.
Тел./факс: (0312) 64-37-22.
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи
ДК № 4855 від 25.02.2015 р.
Друк: ФОП Сабов А.М., тел. 099-315-00-93