

ISSN 2415–8763

**Економіка і право
охорони здоров'я**

№ 1 (7), 2018

Економіка і право охорони здоров'я

№ 1 (7), 2018

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

ПЕРІОДИЧНІСТЬ ВИХОДУ – 2 рази на рік

ЗАСНОВАНИЙ – грудень 2014 року

ЗАСНОВНИКИ

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

ГОЛОВНИЙ РЕДАКТОР – Слабкий Г.О.

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

ВІДПОВІДАЛЬНИЙ РЕДАКТОР – Ситенко О.Р.

ЛІТЕРАТУРНИЙ РЕДАКТОР – Ратаніна О.М.

ДИЗАЙН І ВЕРСТКА – Кривенко Є.М.

ГОЛОВА СЕКРЕТАРІАТУ – Дудник С.В.

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

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

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

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

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

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

Рекомендовано до друку Вченою радою
ДУ «Український інститут стратегічних досліджень
МОЗ України» (протокол № 5 від 26.04.2018 р.)

АДРЕСА РЕДАКЦІЇ:

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

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

Підписано до друку 27 квітня 2018 р.
Загальний наклад 100 прим. Зам. № 5312/18

ВИДАВЕЦЬ:

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

ВИДАВНИК:

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

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

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

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

ЗМІСТ / CONTENT

**СТАТТІ УЧАСНИКІВ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ,
ПРИСВЯЧЕНОЇ 70-Й РІЧНИЦІ КАФЕДРИ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ ДВНЗ «УЖНУ»
«АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ВДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ І СПОРТИВНОЇ РОБОТИ
У ВИЩІЙ ШКОЛІ», 19-20 КВІТНЯ 2018 РОКУ, М. УЖГОРОД**

**ARTICLES FROM SCIENTIFIC AND PRACTICAL CONFERENCE WITH INTERNATIONAL PARTICIPATION
DEVOTED TO THE 70-TH ANNIVERSARY OF THE DEPARTMENT OF PHYSICAL EDUCATION OF UzHNU
“ACTUAL ISSUES OF IMPROVING THE SYSTEM OF PHYSICAL EDUCATION AND SPORTS ACTIVITY
IN HIGH SCHOOL”, 19-20 APRIL 2018, UZHGOROD**

<i>Брич В.В.</i> Організаційна модель комплексної інформаційної роботи з питань ВІЛ-інфекції для учнів загальноосвітніх шкіл	5
<i>Brych V.V.</i> Organizational model of comprehensive information work on HIV infection for students in general schools	
<i>Брич В.В., Дуткевич-Іванська Ю.В.</i> Організаційна модель комплексного впливу на формування репродуктивного здоров'я студентської молоді	9
<i>Brych V.V., Dutkevych-Ivanska Y.V.</i> Organizational model of complex influence on formation of reproductive health of young students	
<i>Долиніна М.М., Павлюк І.С.</i> Лікувальна фізична культура і плавання при атеросклерозі	13
<i>Dolinina Mila, Pavliuk Iryna</i> Curative physical culture and swimming of at atherosclerosis	
<i>Романів О.П., Чорей Д.В.</i> Особливості когнітивної реабілітації пацієнтів з деменцією	17
<i>Romaniv O.P., Chorei D.V.</i> Special features of cognitive rehabilitation in patients with dementia	
<i>Романів О.П., Надь Б.Я.</i> Психогігієна особистості як важлива складова підготовки до вагітності через призму громадського здоров'я	23
<i>Romanov O., Nad' B.</i> Personality psychohygiene as an important factor of preparation for pregnancy through the lens of public health	
<i>Сабадощ М.В., Гузак О.Ю.</i> Показники біогеометричного профілю постави у дітей молодшого шкільного віку, хворих на рецидивуючий бронхіт	27
<i>Sabadosh M.V., Huzak O.Y.</i> Indicators of bio-geometric profile of posture of primary	
<i>Сивохоп Е.М., Сивохоп Е.Е., Степчук В.О.</i> Структурні компоненти системи професійної підготовленості майбутніх фахівців галузі 22 «Охорона здоров'я» спеціальності 227 «Фізична терапія, ерготерапія»	32
<i>Syvokhop E.M., Syvokhop E.E., Stepchuk V.A.</i> Structural components of the system of professional preparation of future specialists of the field 22 "Health care" of specialty 227 "Physical therapy, ergotherapy"	

<i>Співак А.П.</i> Застосування засобів фізичної реабілітації при хірургічному лікуванні туберкульозу легень в ранньому післяопераційному періоді	36
<i>Spivak Antonina</i> Use of physical rehabilitation in the surgical treatment of pulmonary tuberculosis in the early postoperative period	
<i>Твердохліб О.Ф.</i> Нетрадиційні види оздоровчої фізичної культури в освітній галузі	41
<i>Tverdokhlib Olena</i> The alternatives types of health-improvement physical training in the education sector	
<i>Жаховський В.О., Лівінський В.Г., Кудренко М.В., Слабкий Г.О., Мельник І.П.</i> Наукове обґрунтування формування моделі єдиного медичного простору держави	45
<i>Zhakhovsky V.O., Livinsky V.G., Kudrenko M.V., Slabkiy G.O., Melnyk I.P.</i> The scientific justification for the formation of the model single medical space of the state	
<i>Картавцев Р.Л., Слабкий Г.О., Дзюба О.М.</i> Використання в системі охорони здоров'я дороговартісного обладнання, яке закуплено за кошти місцевих бюджетів	53
<i>Kartavtsev R.L., Slabkiy G.O., Dzyuba O.M.</i> The use of highly expensive equipment purchased at the expense of local budgets in health care system	
<i>Лашкул З.В., Курочка В.Л., Курган А.П.</i> Дитячий травматизм – одна з найважливіших проблем громадського здоров'я	57
<i>Lashkul Z.V., Kurochka V.L., Kurgan A.P.</i> Children's traumatic one of the most important public health problems	
<i>Лазоришенець В.В., Бойко В.Я.</i> Концептуальні підходи до реформи системи охорони здоров'я Рівненської області	65
<i>Lazoryshynets V.V., Boiko V.Ya.</i> Conceptual approaches to healthcare system reform in Rivne region	
<i>Парій В.Д., Кожемякіна Т.В., Жила А.В., Матукова-Ярига Д.Г.</i> Досвід викладання курсу «Економіка охорони здоров'я» серед студентів медичного університету	72
<i>Pariy V.D., Kozhemyakina T.V., Zhila A.V., Matakova-Yaryga D.G.</i> Experience of teaching the course "Economics of public health" for students of medical university	
<i>Маскінова Моніка, Станчак Ярослав</i> Activities in the ergotherapy	77
<i>Макинова Моніка, Станчак Ярослав</i> Діяльність у ерготерапії	

В.В. Брич

Організаційна модель комплексної інформаційної роботи з питань ВІЛ-інфекції для учнів загальноосвітніх шкіл

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

Мета: розробити організаційну модель комплексної інформаційної роботи з питань ВІЛ-інфекції для учнів на основі аналізу якості та ефективності висвітлення питань ВІЛ-інфекції/СНІДу в загальноосвітніх школах.

Матеріали і методи. Використовувались методи: системного підходу і системного аналізу, статистичний, соціологічний, моделювання.

Результати. В результаті дослідження встановлено, що висвітлення питань ВІЛ-інфекції/СНІДу в початкових програмах і підручниках загальноосвітніх шкіл є достатньо наповненим теоретично та практичними завданнями, але обмеженим у часі; рівень інформованості щодо вказаних питань серед учнівської молоді досить високий, хоча велика частка учнів вважає, що отриманої в школі інформації їм недостатньо. З метою покращення висвітлення вказаних питань розроблена організаційна модель комплексної інформаційної роботи з питань ВІЛ-інфекції для учнів загальноосвітніх шкіл, головна увага при впровадженні якої зосереджена на формуванні в молодого покоління мотивації до здорового способу життя.

Висновки. Організаційна модель комплексної інформаційної роботи з питань ВІЛ-інфекції для учнів загальноосвітніх шкіл дозволить максимально скоординувати та покращити даний напрямок роботи.

Ключові слова: ВІЛ-інфекція, СНІД, профілактика, навчальна програма, учні, загальноосвітня школа, основи здоров'я.

ВСТУП

За чверть століття ВІЛ-інфекція стала однією з основних світових проблем. На кінець 2016 року в світі інфіковано понад 36,7 млн. осіб, а 1,8 млн. осіб інфікувались ВІЛ у 2016 році [ВООЗ, 2017]. За даними Українського центру профілактики і боротьби зі СНІДом з часу виявлення першого випадку ВІЛ-інфекції у 1987 році і до 2016 року включно, в Україні офіційно зареєстровано 297 424 випадки ВІЛ-інфекції серед громадян України, у тому числі 92 897 випадків захворювання на СНІД та 41 710 випадків смерті від захворювань, зумовлених СНІДом [2]. В Україні боротьба з епідемією ВІЛ-інфекції/СНІДу є одним із пріоритетів державної політики у сфері охорони здоров'я та соціального розвитку. Аналізуючи профілактичну роботу з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу, слід зазначити, що найчастіше її об'єктом ставали молоді люди. Багато закладів освіти і охорони здоров'я, соціальні служби для молоді та інші установи й неурядові організації, які реалізують молодіжну політику, щороку звітують про заходи профілактики ВІЛ/СНІДу, спрямовані на молодь. Визначено, що важливим є забезпечення проведення серед молоді спеціальної просвітницької роботи щодо запобігання ВІЛ/СНІДу, пропаганди та впровадження здорового способу життя, особливо у сільській місцевості, віддалених районах і малих містах [4].

Отже, учнівська молодь є важливою групою з точки зору контролю за епідемією ВІЛ-інфекції/СНІДу в силу біологічних, економічних та соціальних чинників. А найбільш доступною для роботи в цьому напрямку молодь є саме в загальноосвітніх закладах. Але дослідженнями інших встановлено, що інформації щодо профілактики ВІЛ-інфекції, яку отримали підлітки у загальноосвітніх закладах, недостатньо, а її інтерпретація не завжди адекватна [1]. Враховуючи джерела інформації, із яких молоді люди черпають перші знання з проблеми, потрібно порекомендувати більш активно втручатися в освіту молоді медичним працівникам та педагогам, так само, як і журналістам, які займаються цією проблемою. Для отримання чіткої й достовірної інформації потрібна співпраця зі спеціалізованими медичними центрами та спеціалізованими на цій тематиці громадськими організаціями, які набули досвіду роботи в цьому напрямі [5].

Автори профілактичних програм з ВІЛ-інфекції/СНІДу в учнівському середовищі вказують, що розробка і впровадження ефективних програм профілактики ризикованої поведінки, зокрема щодо ВІЛ-інфікування, є конче необхідними для учнівської молоді. Навчання за такими програмами має забезпечити позитивний вплив на поведінку учнів шляхом підвищення їхньої мотивації до здорового способу життя, отримання необхідних для безпечної поведінки знань, набуття життєвих навичок, а також формування толерантного ними ставлення до людей, які живуть з ВІЛ [3].

Мета роботи: розробити організаційну модель комплексної інформаційної роботи з питань ВІЛ-інфекції для учнів на основі аналізу якості та ефективності висвітлення питань ВІЛ-інфекції/СНІДу в загальноосвітніх школах.

Матеріали та методи: системний підхід і системний аналіз використовувався на всіх етапах дослідження; статистичний метод був використаний для математичної обробки отриманих даних; соціологічний – для отримання інформації шляхом письмового опитування респондентів; моделювання – для схематичного зображення запропонованої моделі.

З метою повноцінного аналізу висвітлення питань ВІЛ-інфекції/СНІДу в загальноосвітніх школах нами проведено дослідження навчальних програм та шкільних підручників з 2 дисциплін: «Основи здоров'я» та «Біологія».

Соціологічне дослідження, яке охопило 257 учнів віком 15–17 років, проводилося з використанням спеціально розробленої анкети з 20 питань, які включали: особисті дані (вік, стать); інформованість щодо ВІЛ-інфекції/СНІДу; дані щодо джерел отримання інформації з питань ВІЛ-інфекції/СНІД.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

При аналізі навчальних програм та календарно-тематичних планувань у 5–9 класах загальноосвітніх шкіл встановлено, що питання ВІЛ-інфекції/СНІДу в основному висвітлюються в рамках вивчення предмету «Основи здоров'я» (5-9 класи) – 1 година в рік; та опосередковано при вивченні предмету «Біологія» в 9 класі за старою програмою та 8 класі за новою програмою при вивченні теми «Імунна система. Порушення імунітету». На наступному етапі проаналізовано 19 підручників з «Основа здоров'я» для 5–9 класів різних авторів. В результаті аналізу встановлено:

1. У всіх підручниках наводиться інформація про ВІЛ-інфекцію/СНІД.
2. Велика частина виділена питанням дискримінації та стигматизації ВІЛ-інфікованих, що позитивно може впливати на формування відношення сучасних дітей до реальної ситуації поширення ВІЛ-інфекції.
3. У всіх підручниках наведені практичні завдання та ситуаційні задачі, які дозволяють формувати у школярів усвідомлене розуміння проблеми ВІЛ-інфекції та потенційних можливостей інфікування.
4. Теоретична інформація щодо ВІЛ-інфекції, її стадій, шляхів інфікування, методів дослідження наведена не зовсім коректно, що може сформувати у школярів хибне уявлення про небезпеку захворювання.
5. Інформація часто не несе інформаційно-навчальної функції, оскільки не формує корисно-практичне уявлення про ВІЛ-інфекцію та можливість вберегтися від інфікування.

На наступному етапі проводилось соціологічне дослідження серед учнів старших класів загальноосвітніх шкіл.

При аналізі встановлено, що абсолютно всі опитані знали про статевий шлях інфікування ВІЛ, але при цьому лише 70% учнів вказали як рідину з найвищою концентрацією ВІЛ сперму та 60% – виділення жіночих статевих органів. На інші теоретичні питання щодо ВІЛ-інфекції правильно відповіли майже всі опитані учні.

При аналізі бажаних джерел отримання інформації про ВІЛ-інфекцію/СНІД визначено, що школу та вчителів вказали 70% учнів; лікарів – 60%, телебачення – 60%, батьків – 40%, шкільні підручники – 30%; друзів – 20%, інформаційні буклети – 20% опитаних учнів. В той же час лише 60% опитаних респондентів зазначили, що їм достатньо отриманої в школі інформації про ВІЛ-інфекцію/СНІД.

Особливо проблематичним виявився факт, що 80% опитаних учнів не знали, де можна здати тест на ВІЛ. На нашу думку, це одна з базових інформацій, яка повинна надаватися учнівській молоді, враховуючи, що згідно українського законодавства громадяни можуть обстежуватися на наявність антитіл до ВІЛ без згоди батьків з 14 років.

Не дивлячись на те, що в проаналізованих нами шкільних підручниках велика роль надавалась питанням дискримінації і стигматизації, 10% опитаних учнів вказали, що не будуть спілкуватися з особами, якщо вони повідомлять, що ВІЛ-інфіковані.

Узагальнюючи результати досліджень представлених вище матеріалів, видно, що за результатами анкетування, рівень знань про ВІЛ/СНІД у більшості учнів загальноосвітнього закладу досить високий, але недостатній в окремих питаннях, тому важливим завданням є вдосконалення форм і методів профілактичної роботи серед учнів. Саме для цього нами сформована організаційна модель комплексної інформаційної роботи з питань ВІЛ-інфекції для учнів загальноосвітніх шкіл (рис.).

Отже, основним елементом організаційної моделі визначено представника цільової групи – учнівську молоддь. Саме на нього направлені безпосередні впливи заходів різних організацій та установ, що є структурними елементами моделі. На нашу думку, основним координуючим елементом заходів профілактики поширення ВІЛ-інфекції/СНІДу на регіональному рівні може стати Координаційна рада з вказаних питань або ж державна адміністрація регіонального або місцевого рівня (обласна, районна). Наступними структурними елементами моделі визначено:

1. ЗОЗ – заклади охорони здоров'я, які можуть розробити допоміжний теоретичний посібник з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу з врахуванням особливостей розвитку епідемії на регіональному рівні для використання як в навчальних закладах, так і при роботі з батьками учнівської молоді. Також вказані заклади надають повну інформацію щодо місць тестування на наявність ВІЛ-інфекції та забезпечують тестування на наявність антитіл до ВІЛ різних категорій населення.

2. ЗОН – заклади освіти, які безпосередньо забезпечують профілактичні заходи з питань ВІЛ-інфекції під час навчального процесу. За допомогою додаткового посібника, розробленого ЗОЗ, можна значно покращити рівень надання інформації про ВІЛ-інфекцію/СНІД. Особливим елементом моделі, враховуючи побажання опитаних учнів, став розділ роботи з батьками – ознайомлення їх з проблемою ВІЛ-інфекції та залучення до профілактичної роботи.

3. ЗМС – заклади системи служб з питань молоді та спорту, яким, на нашу думку, слід також включити в основну роботу культурних та спортивних навчально-оздоровчих заходів, поряд з залученням до здорового способу життя, заходи з профілактики поширення ВІЛ-інфекції/СНІДу.

4. ГО – громадські організації (молодіжні та ВІЛ-сервісні), які можуть допомогти у комплексній організації всіх наведених заходів. Особливе місце також відведено впровадженню новітніх інтерактивних методик, поширених в інших країнах та залученню інтернет-мережі до покращення інформування з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу.

Розроблена модель потребує детального опрацювання в процесі пілотного впровадження, після чого може бути рекомендована до впровадження на регіональному рівні.

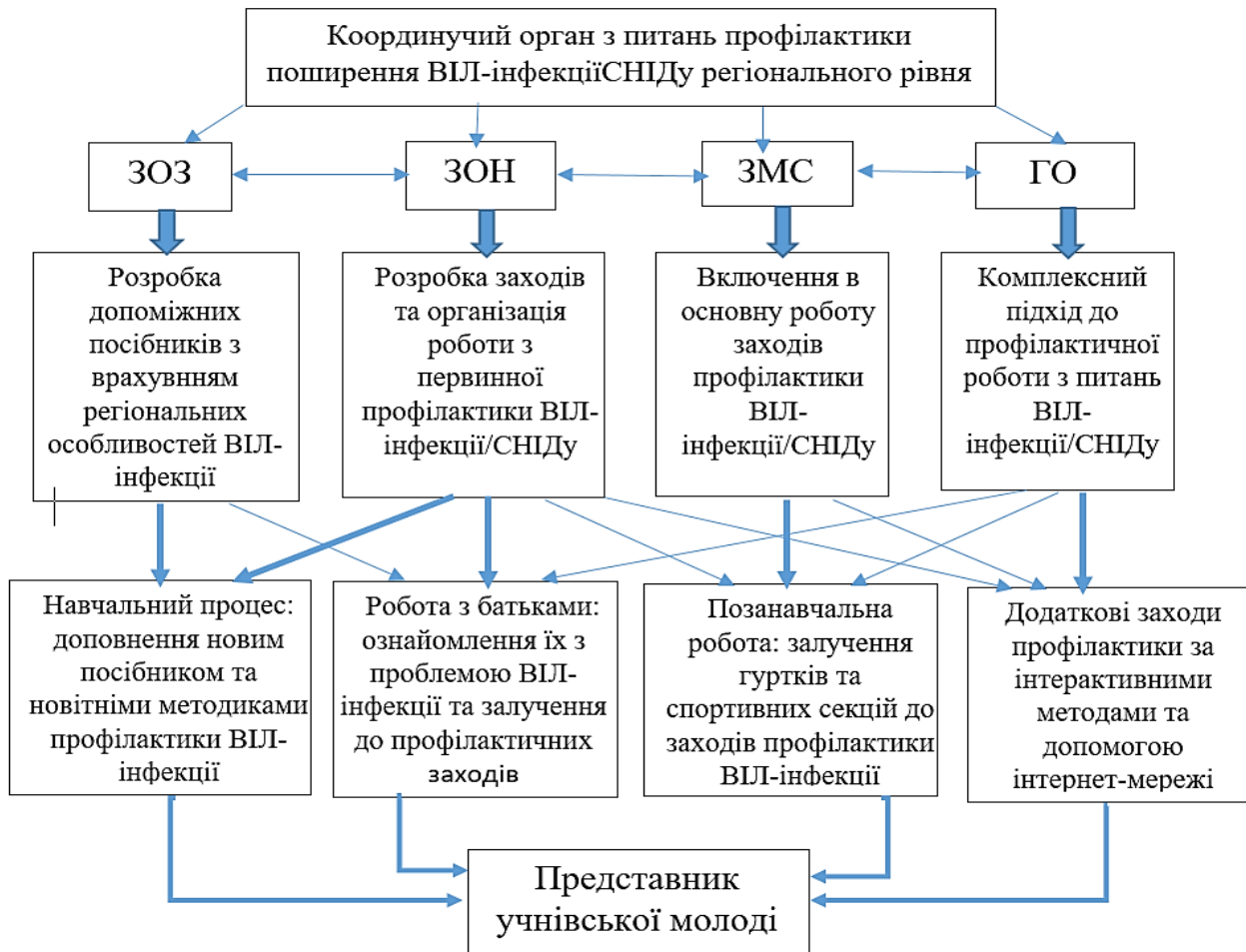


Рис. Організаційна модель комплексної інформаційної роботи з питань ВІЛ-інфекції для учнів загальноосвітніх шкіл

ВИСНОВКИ

В результаті дослідження встановлено:

1. Висвітлення питань ВІЛ-інфекції/СНІДу в початкових програмах і підручниках загальноосвітніх шкіл є достатньо наповненим теоретично та практичними завданнями, але обмеженим у часі: як за кількістю виділених навчальних годин, так і за переліком навчальних років (класів школи) в яких викладаються. Тому є необхідність доповнюється наявних навчальних програм різними видами позакласного надання інформації.

2. Рівень інформованості щодо питань ВІЛ-інфекції/СНІДу серед учнівської молоді є досить високий, хоча велика частка учнів вважає, що отриманої в школі інформації їм недостатньо.

3. Розроблена організаційна модель комплексної інформаційної роботи з питань ВІЛ-інфекції для учнів загальноосвітніх шкіл з залученням до даного напрямку роботи не лише представників освітянської сфери, але і зацікавлених представників закладів охорони здоров'я, установ служб для молоді і спорту, організацій неурядового сектору та батьків учнівської молоді.

4. Головна увага при розробці запропонованої організаційної моделі зосереджена на формуванні в молодого покоління мотивації до здорового способу життя, надання їй належної інформації, зокрема з питань збереження здоров'я, сексуальної поведінки, шляхів запобігання інфікування ВІЛ.

Перспективи подальших досліджень полягають у детальному доопрацюванні запропонованої моделі, її апробації та вивченні ефективності впровадження.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бобкова О. В. Обізнаність підлітків щодо проблеми ВІЛ/СНІДу / О. В. Бобкова // *Соврем. педиатрия*. – 2013. – № 5. – С. 29–31.

2. ВІЛ-інфекція в Україні. Інформаційний бюлетень. Український центр профілактики і боротьби зі СНІД МОЗ України. – К., 2017. – № 46. – 32 с.

3. Воронцова Т. В. Формування здорового способу життя та профілактика ВІЛ/СНІДу: Програма навчального курсу для учнівської молоді старшого підліткового та юнацького віку / Т. В. Воронцова, В. М. Оржеховська, В. С. Пономаренко. – К.: Освіта, 2013. – 12 с.

4. Линник С. О. Пріоритети державної політики у сфері охорони здоров'я України щодо реалізації міжнародних стратегій у сфері боротьби з ВІЛ/СНІД / С. О. Линник // Держава та регіони. Сер. Держ. управління. – 2013. – № 1. – С. 173–178.

5. Чоба Н.В. СНІД – реалії, профілактика, фізична реабілітація / Н. В. Чоба // Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві. – 2011. – № 4. – С. 82–86.

Дата надходження рукопису до редакції: 29.03.2018 р.

Организационная модель комплексной информационной работы по вопросам ВИЧ-инфекции для учащихся общеобразовательных школ

В.В. Брич

ДВНЗ «Ужгородский национальный университет», г. Ужгород, Украина

Цель: разработать организационную модель комплексной информационной работы по вопросам ВИЧ-инфекции для учащихся на основе анализа качества и эффективности освещения вопросов ВИЧ/СПИДа в общеобразовательных школах.

Материалы и методы. Использовались методы: системного подхода и системного анализа, статистический, социологический, моделирование.

Результаты. В результате исследования установлено, что освещение вопросов ВИЧ/СПИДа в учебных программах и учебниках общеобразовательных школ достаточно наполнены теоретически и практическими задачами, но ограничены во времени; уровень информированности по указанным вопросам среди учащейся молодежи достаточно высок, хотя большая часть учеников считает, что полученной в школе информации им недостаточно. С целью улучшения освещения указанных вопросов разработана организационная модель комплексной информационной работы по вопросам ВИЧ-инфекции для учащихся общеобразовательных школ, главное внимание при внедрении которой сосредоточено на формировании у молодого поколения мотивации к здоровому образу жизни.

Выводы. Организационная модель комплексной информационной работы по вопросам ВИЧ-инфекции для учащихся общеобразовательных школ позволит максимально скоординировать и улучшить данное направление работы.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: ВИЧ-инфекция, СПИД, профилактика, учебная программа, ученики, школа, основы здоровья.

Organizational model of comprehensive information work on HIV infection for students in general schools

V.V. Brych

„Uzhhorod National University”, Uzhhorod, Ukraine

Purpose: to develop an organizational model of comprehensive information work on HIV infection for general school students based on the analysis of quality and effectiveness of warning HIV / AIDS issues in general schools.

Materials and methods: system approach and system analysis, statistical, sociological, modelling.

Results: During research it has been found that information on HIV / AIDS issues in general schools' educational programs and textbooks is sufficiently filled theoretically and with practical tasks, but limited in time; the level of awareness of these issues among high school students is quite high, although a large proportion of students believes that information received at school is insufficient. In order to improve the coverage of mentioned issues, an organizational model of comprehensive information work on HIV infection for general schools' students was developed, the main aim of which is focused on the motivation of a healthy lifestyle amongst young generation.

Conclusions. The organizational model of comprehensive informational work on HIV issues for general school students will help to coordinate and improve this direction of work to the uttermost.

KEY WORDS: HIV, AIDS, prophylactic treatment, educational program, students, general school, basic health.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРА

Брич Валерія Володимирівна – к.мед.н., доцент кафедри основ здоров'я факультету здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ «Ужгородський національний університет», вул. Митна, 29, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

Організаційна модель комплексного впливу на формування репродуктивного здоров'я студентської молоді

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

Мета: розробити модель комплексного впливу на формування репродуктивного здоров'я студентської молоді на основі результатів дослідження поведінки студентів в розрізі ймовірного інфікування ВІЛ та ІПСШ.

Матеріали і методи: системного підходу і системного аналізу, статистичний, соціологічний, моделювання.

Результати. В результаті дослідження встановлені особливості поведінкових практик статевого життя студентів (ранній вступ у статеве життя, декілька статевих партнерів), недостатня інформованість щодо контрацептивних засобів, їх функцій; низький рівень обстеження на наявність ВІЛ та ІПСШ. Все це може сприяти порушенню формування їх репродуктивного здоров'я та збільшенню ймовірності інфікування ВІЛ та ІПСШ. Розроблена організаційна модель комплексного впливу на формування репродуктивного здоров'я студентської молоді, яка включила два нові елементи: участь соціальних інтернет-мереж та створення студентського кабінету «Довіра».

Висновки. Отримані результати доводять, що поведінка студентської молоді може сприяти порушенню формування їх репродуктивного здоров'я, а розроблена модель дозволить комплексно впливати на їх поведінку в сторону менш ризикованої.

Ключові слова: репродуктивне здоров'я, ВІЛ-інфекція, ІПСШ, ризикована поведінка, студентська молодь, організаційна модель.

ВСТУП

Стан репродуктивного здоров'я населення України за останнє десятиріччя зазнав впливу різноманітних процесів, які продовжують спричиняти зростання захворюваності та смертності, і викликає занепокоєння тому, що не відповідає міжнародним стандартам [4]. Репродуктивне здоров'я знаходиться під впливом багатьох аспектів здоров'я людини, особливо харчування, здоров'я немовлят та дітей, здоров'я і сексуальності підлітків, стилю життя і факторів навколишнього середовища [5].

Одночасно з цим існує ряд пов'язаних безпосередньо з репродуктивною сферою факторів, із яких найбільш небезпечними вважаються розлади здоров'я у вагітних, велика кількість абортів та розповсюдження ВІЛ-інфекції та інфекцій, що передаються статевим шляхом (ІПСШ). Згідно даних Європейського регіонального бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) та Об'єднаної програми ООН з ВІЛ/СНІДу (ЮНЕЙДС) в Україні спостерігається друга за величиною епідемія ВІЛ-інфекції серед країн Східної Європи та Центральної Азії [2].

Репродуктивне здоров'я насамперед залежить від характерної для частини молодіжного середовища ризикованої сексуальної поведінки. Молодь є тією соціальною групою, для якої це питання особливо актуальне, адже, з одного боку, це вік найбільш активного сексуального життя, з іншого, – вік реалізації репродуктивних установок. Значний вплив на репродуктивне здоров'я цих контингентів населення має їхня поведінка. До факторів, що впливають на репродуктивну поведінку молоді, належать: негативний вплив ЗМІ, зокрема пропаганда сексуального насилля, порнографія, широке розповсюдження шкідливих звичок (наркоманія, алкоголізм, тютюнокуріння), страх не знайти або втратити роботу та фінансова залежність від батьків [3].

У сучасних умовах роль репродуктивного здоров'я значно зростає. Від його стану залежить не лише рівень народжуваності, але й життєздатність майбутніх поколінь [3]. Тому основні зусилля необхідно зосередити на активізації роботи щодо формування репродуктивного здоров'я, профілактики поширення ВІЛ-інфекції та ІПСШ [1].

Мета роботи: розробити модель комплексного впливу на формування репродуктивного здоров'я студентської молоді на основі результатів дослідження поведінки студентів в розрізі ймовірного інфікування ВІЛ та ІПСШ.

Матеріали та методи: системний підхід і системний аналіз використовувався на всіх етапах дослідження; статистичний метод був використаний для математичної обробки отриманих даних; соціологічний – для отримання інформації шляхом письмового опитування респондентів; моделювання – для схематичного зображення запропонованої моделі. В процесі реалізації дослідження розроблено та використано опитувальник (анкету) з 20 питань, які включали: особисті дані (вік, стать); інформованість про репродуктивне здоров'я та основні фактори, які на нього впливають; особливості поведінкових практик, які можуть стати причиною порушення репродуктивного здоров'я; дані щодо джерел отримання інформації з питань репродуктивного здоров'я.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Соціологічне дослідження полягало в проведенні аналізу основних поведінкових практик студентів ДВНЗ «УжНУ» з погляду ймовірного інфікування ВІЛ та ІПСШ і охопило 210 респондентів (54% чоловічої статі, 46% жіночої). В результаті встановлено, що статеве життя більшість опитаних студентів (54%) розпочали до 17 років (4% – у віці до 13 років; 6% – у віці 13-14 років; 44% – 15-17 років). Відмічена суттєва різниця між тим, у якому віці студенти розпочали своє статеве життя і який вік вважають найбільш оптимальним для його початку. Якщо у 15-17 років 44% опитуваних розпочали вступати в статеві контакти, то тільки 24% вважають цей вік оптимальним для цього. Слід зазначити, що позитивним є факт, що більшість опитаних (62%) вважають оптимальним віком початку статевих відносин 18-21 рік. Насторожує факт розходжень вказаних тверджень та наявної поведінки: лише 24% респондентів вказали вік 15-17 років, як найбільш прийнятний для початку статевого життя, але 44% вже вступили в статеві відносини в цьому віці. При аналізі відповідей встановлено, що у значній частки опитуваних (40%) було не більше одного статевого партнера, у 18% опитаних – 2 партнери, у 6% – 3-4 партнери, у 18% – 6 і більше партнерів.

Переважає частка опитуваних (84%) вважають, що найбільш ефективним методом запобігання інфікуванню ВІЛ та ІПСШ є користування презервативом. При цьому 74% студентів вказали, що зі своїми партнерами віддають перевагу саме презервативам як засобу профілактики негативних впливів на стан здоров'я. Насторожує той факт, що 10% респондентів, які, знаючи про даний пріоритетний метод захисту, не використовують його при статевих контактах. Дуже мала кількість опитаної молоді користується такими методами контрацепції, як внутрішньоматкові засоби, календарним методом та ковпачком, більш розповсюдженими є гормональні препарати (6%) та переривання статевого акту (8%). Слід відмітити, що небезпечним є факт наявності серед опитаних молодих студентів осіб, які вважають, що певні методи контрацепції (окрім презервативу) можуть захистити від інфікування ВІЛ та ІПСШ (ковпачок вказали 2% опитаних, протизаплідні засоби – 6%, календарний метод – 2%, внутрішньоматкові засоби – 2%, переривання статевого акту – 4%).

З метою поглибленого аналізу нами проведено опитування щодо обстеження респондентів на наявність ВІЛ та ІПСШ протягом життя. Отже, на наявність антитіл до ВІЛ хоча б один раз обстежувалось 26% респондентів, декілька разів – 10%, взагалі не обстежувались – 64%. На наявність ІПСШ один раз обстежувалось 22% опитаних студентів, декілька разів – 6%, не обстежувались – 72%.

Позитивним є факт, що 48% опитаних планують стати батьками у віці 20-25 років, а 38% опитаних – у віці 25-30.

Аналіз відповідей на питання «Звідки ви отримуєте інформацію стосовно статевого життя та репродуктивного здоров'я?» показав, що для більшості опитаних студентів джерелами вказаної інформації є інтернет-сайти (вказали 54% опитаних) та книжки (22% опитаних), батьки та лікарі таку інформацію надають дуже рідко – відповідно у 12% і 6% випадків.

Після детального аналізу результатів проведеного соціологічного дослідження нами розроблена організаційна модель комплексного впливу на формування репродуктивного здоров'я студентської молоді (рис.).

Принципово новими елементами в наведеній моделі стали активна участь соціальних інтернет-мереж та включення потенційно можливого студентського кабінету «Довіра».

Саме через соціальні мережі, якими активно користується студентська молодь, можна максимально швидко та ефективно доносити інформацію до цільової групи.

Також ми пропонуємо створити на території навчального закладу чи студентського містечка окремий кабінет «Довіра», який може виконувати наступні функції:

1. забезпечення консультативних послуг з питань репродуктивного здоров'я, ІПСШ, ВІЛ-інфекції та інших проблем зі здоров'ям студентської молоді;
2. забезпечення діагностичних послуг щодо наявності ВІЛ-інфекції, ІПСШ та захворювань репродуктивної сфери;
3. забезпечення надання медичних рекомендацій щодо ІПСШ, захворювань репродуктивної сфери та переадресація в інші лікувально-профілактичні заклади за потреби.

Отже, основним організатором та реалізатором заходів впливу на поведінку студентів в сторону менш ризикованої з погляду збереження репродуктивного здоров'я визначено навчальний заклад. Поруч з ним в активну роботу включені засоби масової інформації, лікувально-профілактичні заклади та громадські організації. В основу моделі покладені заходи первинної профілактики ризикованої поведінки для студентської молоді. Абсолютно новим елементом включено кабінет «Довіра» спеціально для студентів навчального закладу. За його допомогою можна вплинути на ситуацію, виявлену при соціологічному дослідженні – низький рівень обстеження студентів на наявність ІПСШ та ВІЛ-інфекції. Також силами вказаного кабінету можна забезпечити максимально швидко та ефективно допомогу у консультуванні та лікуванні з питань репродуктивного здоров'я, цільову переадресацію студентів за потреби в інші лікувально-профілактичні заклади.

При впровадженні вказаної моделі, на нашу думку, можна досягнути максимально координованого підходу до впливу на поведінку студентів в сторону менш ризикованої та формування репродуктивного потенціалу студентської молоді, а значить і майбутнього продуктивного людського потенціалу на регіональному рівні.

Модель може бути рекомендована до використання в вищих навчальних закладах, але потребує апробації та дослідження ефективності в майбутньому.

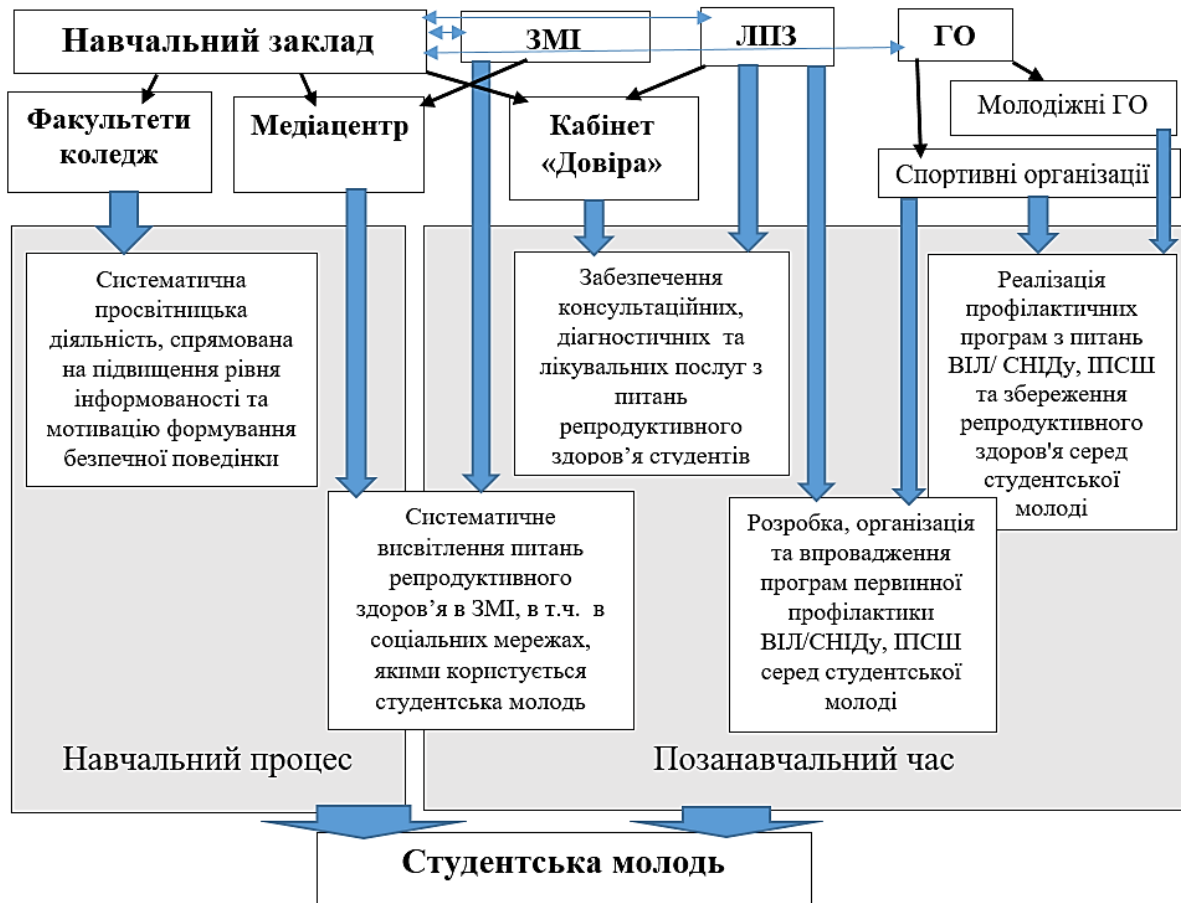


Рис. Організаційна модель комплексного впливу на формування репродуктивного здоров'я студентської молоді

ВИСНОВКИ

В результаті дослідження встановлені особливості поведінкових практик статевого життя студентів (ранній вступ у статеve життя, декілька статевих партнерів), недостатня інформованість щодо контрацептивних засобів, їх функцій; низький рівень обстеження на наявність ВІЛ та ІПСШ. Все це може сприяти порушенню формування їх репродуктивного здоров'я та збільшенню ймовірності інфікування ВІЛ та ІПСШ.

Розроблена організаційна модель комплексного впливу на формування репродуктивного здоров'я студентської молоді, яка включила два нові елементи: участь соціальних інтернет-мереж та включення потенційно можливого студентського кабінету «Довіра», що дозволить досягнути максимально координованого підходу до впливу на поведінку студентів в сторону менш ризикованої.

Перспективи подальших досліджень полягають у продовженні вивчення поведінкових практик студентської молоді та стану їх репродуктивного здоров'я після апробації запропонованої моделі.

ЛІТЕРАТУРА

1. Білак-Лук'яничук В.Й. Подолання стигми та дискримінації щодо ВІЛ-позитивних пацієнтів в закладах охорони здоров'я / В. Й. Білак-Лук'яничук, В. В. Брич // Україна. Здоров'я нації. – 2017. – № 3. – С. 303-304.
2. Гармонізований звіт України про досягнутий прогрес у здійсненні національних заходів у відповідь на епідемію СНІД (GARPR – Global AIDS Response Progress Reporting 2016). Звітний період: січень 2015 р. – грудень 2015 р. [Електронний документ]. – Режим доступу: http://ucdc.gov.ua/pages/diseases/hiv_aids/monitoring/garpr. – Назва з екрана.
3. Дудіна О.О. Репродуктивне здоров'я як чинник фертильності жінок і якості здоров'я народжуваних поколінь / О.О. Дудіна, Ю.Ю. Габорець // Економіка і право охорони здоров'я. – 2017. – « 2 (6). – С. 28-35.
4. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2014 рік / за ред. Квіташвілі О.; МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». – Київ, 2015. – 460 с.

5. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2016 рік / МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». – Київ, 2017. – 516 с.

Дата надходження рукопису до редакції: 29.03.2018 р.

Организационная модель комплексного влияния на формирование репродуктивного здоровья студенческой молодежи

В.В. Брич, Ю.В. Дуткевич-Иванская

ДВНЗ «Ужгородский национальный университет», г. Ужгород, Украина

Цель: разработать модель комплексного влияния на формирование репродуктивного здоровья студенческой молодежи на основе результатов исследования поведения студентов в разрезе возможного инфицирования ВИЧ и ИППП.

Материалы и методы: системного подхода и системного анализа, статистический, социологический, моделирование.

Результаты. В результате исследования установлены особенности поведенческих практик половой жизни студентов (раннее вступление в половую жизнь, несколько половых партнеров), недостаточная информированность о контрацептивных средствах, их функция; низкий уровень обследования на наличие ВИЧ и ИППП. Все это может способствовать нарушению формирования их репродуктивного здоровья и увеличению вероятности инфицирования ВИЧ и ИППП.

Разработана организационная модель комплексного влияния на формирование репродуктивного здоровья студенческой молодежи, которая включила два новых элемента: участие социальных интернет-сетей и создание потенциально возможного студенческого кабинета «Доверие».

Выводы. Полученные результаты показывают, что поведение студенческой молодежи может способствовать нарушению формирования их репродуктивного здоровья, а разработанная модель позволит комплексно влиять на их поведение в сторону менее рискованного.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: репродуктивное здоровье, ВИЧ-инфекция, ИППП, рискованное поведение, студенты, организационная модель.

Organizational model of complex influence on formation of reproductive health of young students

V. V. Brych, Y. V. Dutkevych-Ivanska

„Uzhhorod National University”, Uzhhorod, Ukraine

Purpose: to develop a model of complex influence on the formation of young students' reproductive health on the basis of the results of students' behavior research in the regard of eventual infection of HIV and STIs.

Materials and methods: system approach and system analysis, statistical, sociological, modelling.

Results. As a result of the research features of behavioral practices of students' sexual life has been established (early initiation of sexual life, several sexual partners), insufficient awareness regarding contraceptives and their functions; low level of HIV and STIs screening. All of this can contribute to a breach of their reproductive health and increase the eventual infection of HIV and STIs.

An organizational model of integrated influence on the formation of young students' reproductive health was developed that included two new elements: the participation of internet social networks and the creation of “Dovira” (“Confidence”) student's office.

Conclusions. The obtained results prove that the behavior of student youth can contribute to the violation of their reproductive health, and the developed model will allow to entirely influence on their behavior to be less risky.

KEY WORDS: reproductive health, HIV-infection, STIs, risky behaviour, young students, organizational model.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ

Брич Валерія Володимирівна – к.мед.н., доцент кафедри основ здоров'я факультету здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; вул. Митна, 29, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

Дуткевич-Іванська Юлія Василівна – викладач кафедри основ здоров'я факультету здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; вул. Митна, 29, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

Лікувальна фізична культура і плавання при атеросклерозі

Національний університет харчових технологій

Мета дослідження: зробити аналіз ролі лікувальної фізкультури та плавання у профілактиці атеросклерозу.

Методи дослідження. Аналіз науково-методичної літератури та мережі інтернет з проблеми, яку вивчаємо; педагогічне спостереження; метод порівнянь і співставлень.

Результати. У статті розглянута лікувальна фізична культура і плавання при лікуванні хворих на атеросклероз. Проаналізовано основні клінічні ознаки атеросклерозу, причини виникнення, засоби профілактика та задачі лікувальної фізичної культури при захворюванні. Охарактеризовано методику оздоровчого плавання. Наведено рекомендовані вправи.

Ключові слова: атеросклероз, лікувальна фізична культура, плавання.

ВСТУП

На сьогодні захворювання серцево-судинної системи є найчастішою причиною смертності у всьому світі в цілому. За останні 20 років, за оцінками експертів, рівень цього захворювання виріс більше ніж на 20%.

Варто також відзначити, що Україна є лідером в Європі по смертності від серцево-судинних захворювань. Рівень смертності через серцево-судинні захворювання, напевно, один із найвищих у Європі, а в структурі загальної смертності України він складає більше ніж 60%. У той час, коли в Європі цей показник сягає 40%.

Одною з основних причин захворювань є атеросклероз. Атеросклероз є найбільш поширеним хронічним захворюванням серцево-судинної системи, при якому характерно враження стінок артерій, що призводить до звуження посудин, внаслідок чого виникають наступні захворювання: ішемічна хвороба серця, інфаркти міокарду, звуження судин головного мозку, інсульт, склероз нирок і ниркова недостатність, а також можуть розвинути важкі форми діабету, периферичні ендартеріїти, що переходять в гангрену кінцівок, і інші захворювання [1, 6].

Атеросклероз судин проявляється в кожній дорослої людини, однак, клінічні ознаки спостерігаються не у всіх. Атеросклероз є процесом, нерозривно пов'язаним з умовами зовнішнього середовища: темп життя, фізична активність, характер харчування позначаються на його розвитку і перебігу. Певну роль при цьому відіграють і спадкові чинники. Атеросклероз може розвиватися в результаті порушення обміну речовин, при якому в крові збільшується вміст холестерину і інших ліпідів. Разом з солями кальцію холестерин осідає на внутрішній оболонці посудини, і це призводить до того, що там розростається сполучна тканина. Це значно знижує еластичність стінок посудини, вони стають щільними і шорсткими, що веде до їх розривів – крововиливів, особливо за наявності гіпертонічної хвороби.

Атеросклероз судин серця призводить до ішемічної хвороби серця (ІХС), яка посідає перше місце серед причин смертності, що призводить до інсульту, який посідає третє місце серед причин смертності. Облітеруючий атеросклероз артерій ніг часто вражає осіб працездатного віку та досить швидко призводить до тяжкої інвалідності. Навіть у країнах з високо-розвинутою медичною допомогою атеросклероз не вдається контролювати тільки медикаментозно та хірургічно, а необхідні зміни способу життя щодо правильно підібраної дієти, фізичних навантажень, припинення паління. Усе це зумовлює актуальність пошуку нових та удосконалення вже відомих методів лікування атеросклерозу, його первинної та вторинної профілактики, а також пошуки шляхів фізичної реабілітації. Остання впливає на фактори ризику захворювання, збільшує толерантність до фізичного навантаження та м'язову силу та зменшує частоту кардіохірургічних втручань, серцево-судинну та загальну смертність.

Аналіз останніх досліджень та публікацій. Матеріали провідних світових досліджень свідчать про те, що рухова активність запобігає виникненню захворювань і допомагає лікувати багато відомих факторів ризику.

На сьогодні існує достатньо літератури присвяченої медичній реабілітації, де автори простежили за історією розвитку, формуванням цього напрямку. Адже велика кількість вчених працювали над різними питаннями, котрі торкались лікувальної фізичної культури, плавання і т.д. [1; 2; 4; 7]

Мета дослідження: зробити аналіз ролі лікувальної фізкультури та плавання у профілактиці атеросклерозу.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати основні клінічні ознаки атеросклерозу, причини виникнення, засоби профілактика та задачі лікувальної фізичної культури при захворюванні.

2. Охарактеризувати методику оздоровчого плавання та рекомендовані вправи.

Методи дослідження. Аналіз науково-методичної літератури та мережі інтернет з проблеми, яку вивчаємо; педагогічне спостереження; метод порівнянь і співставлень.

ВИКЛАД ОСНОВНОГО МАТЕРІАЛУ

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я в усіх країнах світу захворювання серцево-судинної системи посідають перше місце серед інших захворювань. Причини росту серцево-судинних захворювань – різке зниження питомої ваги фізичної праці, збільшення нервового напруження, виникнення невідповідності між ступенем м'язової активності та нервовим напруженням зі значною перевагою останнього. Обмеження рухів супроводжується рядом функціональних розладів системи кровообігу. З кожним роком частота та тяжкість захворювань серцево-судинної системи неухильно зростають, усе частіше захворювання серця та судин спостерігаються у студентів ВНЗ [1].

Атеросклероз – це хронічне захворювання артерій, при якому виникає ущільнення судинної стінки, звуження просвіту та зниження еластичності судин. В основі захворювання лежать порушення ліпідного обміну, що веде до збільшення холестерину в крові, відкладення його у внутрішню оболонку артерій, утворення атеросклеротичних бляшок, розростання сполучної тканини. Останні звужують просвіт артерій, погіршуючи кровопостачання тих тканин і органів, які вони живлять. Зміни внутрішньої оболонки, що втрачає при атеросклерозі свою гладкість і стає шорсткою, а також ущільнення і суттєве зниження еластичності судин разом з іншими.

До факторів ризику, які сприяють розвиненню атеросклерозу відносяться:

- спадковість;
- неправильне харчування;
- психологічні напруження;
- порушення обміну речовин (діабет, ожиріння);
- зниження функції щитовидної залози;
- порушення нервової регуляції судин, пов'язаних з інфекційними та алергічними захворюваннями;
- гіподинамія – малорухливий спосіб життя;
- паління.

Клінічна картина атеросклерозу визначається локалізацією ураження, ступенем порушення кровообігу в органі, супутніми захворюваннями, віком хворого. Атеросклероз вінцевих артерій викликає недостатність кровообігу у серцевому м'язі і є найчастішою причиною ішемічної хвороби серця: атеросклеротичний кардіосклероз, стенокардія, інфаркт міокарда. Таким чином, одним з дієвих засобів профілактики та лікування атеросклерозу є ЛФК та плавання [5].

При початкових ознаках атеросклерозу та в цілях подальшого запобігання розвитку захворювань, необхідно ліквідувати фактори ризику, на які можливо вплинути, а саме: дієта зі знизеним вмістом продуктів насичених жирами (холестериним) та вуглеводами, відмова від паління, та ефективні заняття фізичними вправами.

Необхідність до занять ЛФК виникає з перших проявів захворювання, так як, ускладнення та ураження, пов'язані з атеросклерозом, тяжко піддаються лікуванню.

Основними методами ЛФК можна є: довготривалі піші прогулянки, гімнастичні вправи, плавання, ходьба на лижах, біг, гребля, спортивні ігри.

Корисні вправи, які виконуються в аеробному режимі, це пояснюється навантаження на систему кровообігу [1]:

- завдяки аеробному навантаженню розжирається кров, що знижує можливість порушення кровообігу і виникнення тромбів;

- при регулярному аеробному навантаженні збільшується розгалуженість капілярів;

- при заняттях аеробними фізичними вправами в крові людини підвищується місткість ліпопротеїдів високої щільності, які утримують судини в здоровому стані і попереджають виникнення атеросклерозу [2].

Фізичні навантаження дозуються залежно від функціонального стану хворого, однак, заняття мають бути регулярними, так як захворювання протікає як хронічне, а фізичні вправи попереджають подальший розвиток. При чіткому прояві атеросклерозу на заняттях лікувальної гімнастики застосовують вправи для всіх м'язових груп. Вправи загальнотонізуючого характеру чередуються з вправами для дрібних м'язових груп та дихальними вправами. При недостатньому кровообігу головного мозку обмежують рухи пов'язані з різкою зміною положення голови (швидкі нахили та повороти тулуба та голови).

Фізичні вправи при атеросклерозі периферичних артерій повинні носити динамічний характер навантажень, з чергуванням скорочення та розслаблення м'язів, які дозволяють зменшити гіподинамію. Повністю слід виключити фізичні навантаження швидко-силового характеру. При атеросклерозі потрібно дотримуватися помірності і поступовості підвищення фізичних навантажень. Дозування фізичного навантаження повинно бути індивідуальним, в залежності від стану судинних захворювань, а також від функціонального стану серця, клінічного перебігу захворювання. Таким чином, у фазі стабілізації атеросклерозу призначається тренувальний режим, а у фазі прогресування хвороби призначається помірний режим рухів.

Тренувальний режим включає в себе ранкову гігієнічну гімнастику, лікувальну гімнастику, ходьбу, дозовані спортивні ігри, городки, лижі, греблю, плавання, волейбол, а також, працетерапію включаючи помірну фізичну працю на повітрі. Помірний режим включає в себе переважно лікувальну гімнастику і дозовану ходьбу [8].

Дозування загальнозміцнюючих та лікувальних вправ повинно визначатися станом судинної системи та наявністю атеросклероза судин серця, а також фізичною підготовкою хворого.

Дозування спеціальних фізичних вправ для ніг визначається ступенем ішемії уражених кінцівок.

При виконанні вправ вихідні положення повинні чергуватися, що дасть можливість виключити тривале статичне зусилля м'язів ніг та покращити кровообіг. При III ступені ішемії кінцівок призначають вправи з вихідного положення лежачи та сидячи.

При тренуючому режимі, лікувальну гімнастику проводять малогруповим методом, група складає від 4-6 чоловік, заняття проводяться кожен день, тривалість заняття від 20-40 хв. При щадному режимі заняття проводиться індивідуальним методом або малогруповим, тривалість заняття 10-20 хв.

Також протягом тижня 3-4 рази самостійно потрібно виконувати фізичні вправи для ніг, включаючи багаторазові згинання і розгинання стоп вільно та з зусиллям; кругові оберти стоп; згинання і розгинання ніг у колінних суглобах, виконуючи по чергово, з послідовним розслабленням м'язів гомілки і стегна. Вихідне положення усіх вправ з положення лежачи або сидячи хворим на атеросклероз верхніх кінцівок виконується поряд з загальноукріплюючими вправами виконуються спеціальні вправи для м'язів рук та плечового поясу, включаючи динамічні вправи, вправи на розслаблення, з посиленням кисті та передпліччя. Вправи виконуються з вихідного положення сидячи або стоячи біля гімнастичної стінки та інших предметів.

Дозовані піші прогулянки слід призначати кожному хворому індивідуально в залежності від загального стану. В тренуючому режимі рекомендуються прогулянки на відстань від 4-5 км, а при щадному режимі до 1–2 км.

Взуття повинно бути вільним і теплим. Влітку пропонується плавання при температурі води у відкритих водоймах не нижче 22-23 градусів, а в басейнах 28-32 градуси (переохолодження заборонено).

Основними завданнями для профілактики атеросклерозу є: активізація обміну речовин, поліпшення емоційно-психічного стану, забезпечення адаптації до фізичних навантажень, підвищення функціональних спроможностей серцево-судинної та інших систем організму, тому плавання позитивно впливає на діяльність систем, що регулюють обмін речовин, – знижується надлишкова маса тіла, поліпшується периферичний кровообіг, розвивається колатеральний кровообіг.

Починають заняття з індивідуально плавання або малогруповим способом (2-3 особи), тривалість 15-20 хв. Використовуються вправи для адаптації у воді, навчання рухів ногами і руками способами кроль на спині та брас на мілкому місці, спеціальні вправи у воді біля бортика, вільне плавання (будь-яким способом) 20-25 хв, купання. Рухи узгоджуються з диханням або з дихальними вправами з підсиленням та подовженням видиху. Темп виконання повільний і середній. Обмежено швидкі нахили й повороти голови і тулуба (особливо при недостатності кровопостачання головного мозку), рухи у великих м'язових групах рук, шиї, передньої стінки живота. Згодом включаються вправи помірної інтенсивності (плавання у середньому темпі доступними способами), триває навчання спортивних способів (кроль, брас). Рекомендовано застосовувати плавання брасом з подовженим видихом у воду. Дихання слід узгоджувати з рухами і не затримувати; не пірнати, рухи голови під час видиху мають бути плавними [6].

При стійкому поліпшенні стану здоров'я використовуючи поступово зростаюче навантаження починають тренувати серцево-судинну систему й увесь організм. Включають навчання плавання на боці, батерфляєм без виносу рук з води, поворотів (спадів у воду, стартового стрибка – з дозволу лікаря), плавання в аеробному режимі, збільшується тривалість вправ та інтенсивність.

Заняття рекомендовано проводити не менше трьох разів на тиждень до 60 хв., регулярно, оскільки атеросклероз – хронічне захворювання, а фізичні навантаження і вправи попереджають його подальший розвиток.

Для хворих на атеросклероз плавання сприяє нормалізації та поліпшенню функціонального стану серцево-судинної системи. Лікувальний ефект спостерігається після одного місяця регулярних занять з чергуванням дозованих навантажень з режимами слабкої, середньої та інтенсивної дії.

Таким чином, оздоровче плавання є унікальним засобом лікувальної фізичної культури та фізичної реабілітації, незамінний для тих хто має обмеження для занять руховою активністю на суші (варикозне розширення вен, остеохондроз, гіпертензія та багато ін.); ефективним засобом для зміцнення серця, активізації дихання й кровообігу, поліпшення обміну речовин та ін.

ВИСНОВКИ

Основним методом профілактики атеросклерозу – є лікувальна фізична культура та плавання. Фізичні вправи тренують серце, судини, легені, м'язи, нормалізують обмін речовин. Регулярні заняття покращують кровообіг у серці та центральній нервовій системі, посилюють артеріальний та венозний кровотік, що сприяє кращому насиченню киснем мозоку та серцю, швидше видаляються кінцеві продукти обміну речовин. Посилений обмін кисню в організмі сприяє більш повному згоранню вуглеводів, завдяки чому в крові менше циркулює жирних компонентів, що сприяють прогресуванню атеросклерозу.

Хворі атеросклерозом судин серця й мозку, розпочинаючи заняття, повинні пам'ятати, що перевантаження їм шкідливе. Інтенсивність занять має відповідати функціональними можливостями організму.

Для попередження захворювань серцево-судинної системи потрібні регулярні фізичні навантаження. У разі захворювань заняття фізичними вправами, зокрема оздоровчим плаванням, справляють лікувальний ефект, призупиняють їх розвиток.

Подальші дослідження спрямовані на профілактику прогресування процесу, активації ліпідного обміну, компенсацію порушених функцій, зменшення гіпоксії органів і тканин, підвищення або відновлення працездатності, є достатньо перспективними.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бісмак О. В. Лікувальна фізична культура у спеціальних медичних групах: навч. посіб. / О. В. Бісмак. – Харків: Вид-во Бровін О. В., 2010. – 202 с.
2. Вайнер Э. Н. Лечебная физическая культура. / Э. Н. Вайнер –Издательство: Флинта, Наука, 2009. – 424 с
3. Варвінська Н. А. Лікувальна фізична культура: (методична розробка лабор. робіт для студ. ден. відділ. фак-ту фіз.вих.) / Н. А. Варвінська, О. В. Владімірова. – З., 2004. – 40 с.
4. Івліцкій А. В. Серцево-судинні захворювання, профілактика та лікування. / А. В. Івліцкій. – К., 2000.
5. Кузнецов В. С. Теория и методика физического воспитания и спорта. / В. С. Кузнецов, Ж. К. Холодов. – М., 2000.
6. Майоров В. В. Захворювання серцево-судинної системи і лікувальна фізична культура. / В. В. Майоров – М., 2001. – 154 с.
7. Мурза В. П. Фізична реабілітація / В.М. Мурза. – К.: Олан, 2004. – 559 с.
8. Мухін В. М. Фізична реабілітація / В.М. Мухін. – К.: Олімпійська література, 2005. – 472 с.

Дата надходження рукопису до редакції 10.04.2018 р.

Лечебная физическая культура и плавание при атеросклерозе

М.М. Долинина, И.С. Павлюк

Национальный университет пищевых технологий, г. Киев, Украина

Цель исследования: провести анализ роли лечебной физической культуры и плавания в профилактике атеросклероза.

Методы исследования. Анализ научно-методической литературы и сети интернет по проблеме, которая изучается; педагогическое наблюдение; метод сравнение и сопоставление.

Результаты. В статье рассмотрена лечебная физическая культура и плавание при лечении больных атеросклерозом. Проанализированы основные клинические признаки атеросклероза, причины возникновения, средства профилактики и задачи лечебной физической культуры при заболевании. Охарактеризована методика оздоровительного плавания. Приведены рекомендованные упражнения.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: атеросклероз, лечебная физическая культура, плавание.

Curative physical culture of and swimming of at atherosclerosis

Mila Dolinina, Iryna Pavliuk

National university of food technologies, Kyiv, Ukraine

Goal of research: to analyze the role of curative physical culture and swimming in atherosclerosis prophylaxis.

Methods of research. The analysis of scientific, methodological literature and Internet publications on the topic under study; pedagogical observation; method of comparison.

Results. In the article a curative physical culture and swimming are considered at treatment of patients atherosclerosis. The basic clinical signs of atherosclerosis, reason of origin are analysed, facilities prophylaxis and tasks of curative physical culture at a disease. Methodology of the health swimming is described. The recommended exercises over are brought.

KEY WORDS: atherosclerosis, therapeutic physical culture, swimming.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ

Долинина Мила Милківна – старший викладач, кафедра фізичного виховання Національний університет харчових технологій, м.Київ, Україна.

Павлюк Ірина Сергіївна – кандидат наук з фізичного виховання і спорту, доцент, завідувач кафедри фізичного виховання, Національний університет харчових технологій.

Особливості когнітивної реабілітації пацієнтів з деменцією

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

Сучасна тенденція до збільшення середньої тривалості життя і відповідно збільшення частки осіб похилого віку в популяції робить проблему когнітивних порушень вкрай актуальною. Поскільки когнітивні функції пов'язані з інтегрованою діяльністю головного мозку в цілому, то когнітивна недостатність закономірно розвивається при найрізноманітніших вогнищевих та дифузних уражень головного мозку. По статистиці від 2 до 20% осіб після 65 років страждають від важких когнітивних порушень у вигляді деменції. Нефармакологічні види втручання, зокрема когнітивно-спрямовані, все частіше стають важливим додатком (а інколи альтернативою) фармакотерапії пацієнтів з ризиком виникнення деменції, та у тих, у кого захворювання вже маніфестувало. Крім того, все більша кількість досліджень підтримує теорію, що інтелектуальна стимуляція у похилому віці відтермуновує виникнення деменції. У цьому контексті тренувальні програми можуть вплинути на когнітивний резерв. Когнітивна відновна терапія покликана покращити такі нейрокогнітивні функції як увага, оперативна пам'ять, та виконавчі функції, включаючи когнітивну гнучкість, здатність міркувати, планувати та приймати рішення, що у свою чергу покращує соціальне функціонування та якість життя пацієнтів.

Ключові слова: когнітивна реабілітація, когнітивні порушення, деменція.

ВИЗНАЧЕННЯ ПОНЯТТЯ, ЕТІОЛОГІЯ ТА ДІГНОСТИКА КОГНІТИВНИХ ПОРУШЕНЬ

Когнітивні порушення – це суб'єктивне чи/об'єктивне погіршення когнітивних функцій в порівнянні з вихідним індивідуальним чи середнім віковим і освітнім рівнями внаслідок ураження головного мозку, що впливає на ефективність навчання, професійної, побутової і соціальної діяльності. Під когнітивними функціями розуміють найбільш складні функції головного мозку (пам'ять, гнозис, мовлення, праксис, інтелект), за допомогою яких здійснюється процес раціонального пізнання світу і забезпечується цілеспрямована взаємодія з ним. Пам'ять – це здатність головного мозку засвоювати, зберігати та відтворювати необхідну для поточної діяльності інформацію. Функція пам'яті пов'язана з діяльністю всього головного мозку в цілому, але особливе значення у процесі запам'ятовування поточної інформації мають структури гіпокампу. Під гнозисом розуміють функцію сприйняття інформації, її обробки та синтезу елементарних сенсорних відчуттів у цілісні образи. Первинні порушення гнозису (агнозії) розвиваються при патології задніх відділів кори головного мозку, а саме скроневої, тім'яної та потиличної часток. Мовлення – це здатність обмінюватись інформацією за допомогою висловлювань. Порушення мовлення (афазії) найчастіше розвиваються при патології лобних чи скронево-тім'яних відділів головного мозку. При цьому ураження скронево-тім'яних ділянок призводить до різного роду розладів розуміння мови, а при патології лобних часток первинно порушується здатність виражати думки за допомогою висловлювань. Праксис – це здатність набувати, зберігати та використовувати різноманітні рухові навички. Апраксії найчастіше розвиваються при патології лобних часток (порушується здатність побудови рухової програми) та тім'яних часток (неправильне використання частин тіла у процесі рухового акту при збереженій здатності до побудови рухової програми). Інтелект – це здатність зіставляти інформацію, знаходити спільне і відмінне, формувати судження та умовиводи. Інтелектуальні здібності забезпечуються інтегрованою діяльністю головного мозку в цілому.

Деменція визначається, як набуте стійке порушення когнітивних функцій внаслідок пошкодження мозку різної етіології, що проявляється розладами в двох чи більше когнітивних сферах (увага, пам'ять, мова, виконавчі функції та ін) при нормальній свідомості і рівні бадьорості, що призводять до порушення побутової та соціальної взаємодії. Найчастіше деменція розвивається на фоні нейродегенеративних захворювань (хвороба Альцгеймера, деменція з тільцями Леві, хвороба Паркінсона), судинних захворювань головного мозку (судинна деменція), а також – поєднанні цих захворювань (змішана деменція). Рідше – при дисметаболических енцефалопатіях, нейроінфекціях, демієлінізуючих захворюваннях, ЧМТ, пухлинах ГМ, ліквородинамічних порушеннях.

Провідним нейрохімічним механізмом розвитку як хвороби Альцгеймера, так і змішаних нейродегенеративно-судинних форм є виражена дегенерація холінергічних нейронів і, відповідно, значне зниження вмісту ацетилхоліну в корі і підкіркових структурах мозку. Відновлення концентрації ацетилхоліну в мозку сприяє росту нейронів і збільшенню щільності синапсів, тобто має виражений нейропластичний ефект. Це дозволяє говорити про холінергічну фармакотерапію як патогенетично обґрунтований метод лікування хвороби Альцгеймера та інших форм деменцій.

Стратегія відновного лікування та реабілітації має враховувати наявні когнітивні порушення та когнітивні можливості пацієнта, визначені на підставі якомога більш детального нейропсихологічного дослідження.

Дослідження когнітивних функцій передбачає оцінювання рівня свідомості, уваги, орієнтації, пам'яті, мови, гнозису, зорово-просторового сприйняття, праксису та виконавчих функцій (судження, здатність прогнозувати наслідки своїх дій, розв'язання проблем, абстрактне мислення, планування, здатність розпочинати дії та реалізувати задуми).

Зараз широко впроваджуються в клінічну практику сучасні методи об'єктивізації когнітивних розладів. Ці нейропсихологічні методи, будучи простими у використанні, дають достатню інформацію для виявлення і оцінки ступеня вираженості когнітивних порушень. У практичних цілях використовують Коротку шкалу оцінки психічного статусу (Mini-MentalStateexamination – MMSE), розробленою М. Фольштейном і співавторами в 1975 році, застосування якої дає змогу за декілька хвилин оцінити орієнтацію в часі, просторі; сприйняття, концентрацію уваги, пам'ять, мовлення, читання. Кожне завдання оцінюється у балах, потім вираховується сумарна оцінка: при сумі балів, рівній 28-30 – когнітивні порушення відсутні, 24-27 балів – предементні когнітивні порушення, 20-23 бали – легкий ступінь деменції, 11-19 балів – помірний ступінь деменції, 0–10 балів – важка деменція. Необхідно також враховувати, що при деменціях з локалізацією патологічного процесу переважно в підкіркових структурах та лобних частках, чутливість даної методики може бути невеликою.

Для таких випадків розроблений, так званий, метод «батарея лобних тестів», який включає оцінку здатності узагальнення, плавності мовлення, динамічного праксису, реакції вибору, дослідження хапальних рефлексів. Високим когнітивним здібностям відповідає сумарна оцінка, рівна 18, яка у пацієнтів з деменцією може знижуватися до 0.

Для діагностики когнітивних порушень корисним є тест малювання годинника: при цьому звертається увага на збереження здатності самостійно намалювати годинник та вмінню розташувати стрілки на циферблаті. Для виявлення просторово-зорових і регуляторних порушень використовується тест малювання годинника з кількісною оцінкою. При виконанні завдання пацієнт повинен самостійно намалювати на чистому аркуші круглий годинник з цифрами на циферблаті і розмістити стрілки відповідно заданому часу. У зв'язку з тим, що важливо не тільки виявити деменцію, але й оцінити її ступінь важкості, застосовують Клінічну рейтингову шкалу деменції.

Відомо, що при наявності емоційних порушень, насамперед депресивних і тривожних станах, у пацієнтів нерідко виникають уявлення про наявність виражених порушень пам'яті, вони можуть відчувати труднощі при проходженні простих нейропсихологічних завдань і легко справлятися зі складними тестами. У зв'язку з цим до проведення тестування когнітивних функцій потрібно оцінити емоційний статус пацієнта, використовуючи шкали для виявлення депресії та тривоги.

ЩО ЯВЛЯЄ СОБОЮ КОГНІТИВНА РЕАБІЛІТАЦІЯ

Когнітивна реабілітація – це вид реабілітаційних заходів, у вигляді вправ для покращення уваги, пам'яті, мовлення та/або виконавчих функцій. Очікуваний результат є непрямим позитивним впливом на функціональний дефіцит, що відображається на повсякденній діяльності. Правильне використання методу сприяє соціальній та професійній інтеграції пацієнтів.

Завдяки прогресу у розумінні механізму роботи пам'яті та пов'язаних з нею когнітивних процесів, що лежать в основі навчання, зараз стало можливим розробити більш конкретні підходи, спрямовані на підтримку або покращення когнітивного функціонування, та якості життя загалом, людей з деменцією. Ці сучасні підходи до когнітивно-спрямованих втручань називають когнітивним тренуванням ('retraining' або 'remediation' або 'braintraining') у контексті когнітивної реабілітації.

Когнітивне тренування зазвичай являє собою набір стандартизованих завдань, розроблених у відповідності до кожної з когнітивних функцій. Завдання можуть бути представлені на папері або комп'ютеризовані, або включати завдання з повсякденної діяльності. Перевагою комп'ютеризованих програм є коригування важкості завдань у відповідь на зміну рівня ефективності. Завдяки таким тренуванням можна досягти покращення когнітивного функціонування, або, щонайменше, підтримувати даний рівень пацієнта. Існує припущення, що когнітивні тренування можуть посилити ефект від фармакотерапії, деякі дослідження оцінюють ефективність когнітивних тренувань в поєднанні з інгібіторами ацетилхолінестерази та іншими препаратами.

Першочерговою ціллю когнітивної реабілітації є зменшення наявного когнітивного дефіциту, який може маніфестувати у вигляді розладів уваги, пам'яті та виконавчих функцій. Певні психічні захворювання інколи супроводжуються специфічними когнітивними порушеннями, наприклад, порушення, так званої, соціальної когніції (нездатність пацієнтів зрозуміти наміри інших людей, їхні бажання та емоції). Цей тип когнітивних розладів значно скомпановує соціальну і професійну інтеграцію таких пацієнтів.

Було виявлено, що когнітивне функціонування у значній мірі корелює із навичками повсякденного функціонування: соціальною активністю (покупки, користування телефоном, транспортом, використання часу для відпочинку), роботою (трудова навичка, рівень самостійності, пунктуальність), міжперсональними взаємовідносинами (ініціювання, прийняття, підтримання соціальних контактів, ефективна комунікація).

Для осіб, що страждають від деменції, погіршення пам'яті та інші когнітивні труднощі можуть суттєво вплинути на відчуття ними впевненості в собі, призвести до тривожності, депресії та відмови від звичної діяльності, що у свою чергу може призвести до «надмірної інвалідизації». Члени родини, що доглядають за такими хворими, також страждають від впливу когнітивного дефіциту на повсякденне життя, переживають ці моменти напружено, а, як наслідок, зіштовхуються з розчаруванням. Тому на ранніх стадіях деменції дуже важливими є втручання, націлені на аспекти когнітивного функціонування, такі як проблеми з пам'яттю та пов'язані з ними функціональні обмеження, оскільки вони можуть зробити пацієнта менш залежним від стороннього догляду і потенційно мінімізувати ризик «надмірної інвалідизації».

Підґрунтям для терапії методом когнітивної стимуляції є теорія нейрональної пластичності. З віком процеси в мозку, включаючи нейромодуляторне функціонування, зазнають спаду. Проте останні дослідження показали, що

нервова система має можливість змінювати свою структурну організацію, у відповідь на навколишнє середовище. Тобто, мозок здатен до «перебудови», пристосовуючись до мінливого середовища та нових факторів стресу. Ми знаємо, що це відбувається у людей похилого віку завдяки когнітивним тренуванням, що сприяють пластичності, шляхом стимуляції когнітивної, сенсорної, психомоторної діяльності на концентрованій основі. Такі тренування залучають і закріплюють нейромодуляторні системи, що відповідають за навчання, з метою підсилити кортикальну віддачу. Дослідження показали, що терапія методом когнітивного підсилення може вплинути на функціонування мозку на молекулярному і синаптичному рівнях, а також на рівні нейрональної мережі загалом. На клітинному рівні ця зміна нейрональної активності може викликати більшу активацію малозадіяних нейронів, в результаті стимуляції. У дослідженнях, в яких брали участь 70 пацієнтів з ранньою стадією деменції, в результаті когнітивного тренінгу та монотерапії фосфатидилсерином, за допомогою позитронно-емісійної томографії вдалось виявити збільшення метаболізму глюкози у скронєво-тім'яних ділянках мозку під час виконання завдань на візуальну пам'ять. У сліпих рандомізованих дослідженнях пацієнтів з ранньою стадією деменції, що включали застосування когнітивної реабілітації та релаксаційної терапії, було виявлено підвищення рівня оксиген-залежних нервових сигналів у ділянках, які входять до складу структур мозку, що відповідають за візуальну асоціативну пам'ять та навчання (веретеноподібна борозна, права гіпокампулярна ділянка, права медіальна префронтальна ділянка), в той час як у контрольній групі спостерігалось зниження рівня цих сигналів.

Нейронна активність, пов'язана з виконанням когнітивних завдань може також знижуватись внаслідок тренувань, оскільки час, потрібний для обробки інформації та відповіді, потрібні для вирішення завдання, зменшується з практикою та досвідом, що означає, що менша нейронна активність потрібна для виконання завдання. Дослідження за допомогою позитронно-емісійної томографії виявили, що пацієнти зі скаргами на вікові порушення пам'яті, що пройшли 14-денний тренінг, який поєднував розумову стимуляцію, тренування вербальної пам'яті, фізичні вправи, редукцію стресу та здорову дієту, продемонстрували кращу вербальну вільноспрямованість, але зниження активності у лівій дорсолатеральній префронтальній корі, у поєднанні з пацієнтами, що не проходили тренінг. Таке зниження активності у лівій дорсолатеральній префронтальній корі може означати більшу когнітивну кваліфікацію ділянки мозку, що відповідає за оперативну пам'ять.

В результаті досліджень стало відомо, що тренування ізольованого базового когнітивного навичку має потенціал покращити або хоча б підтримувати функціонування даної сфери когніції. Було проведено дослідження комп'ютерного когнітивного тренування пацієнтів з хворобою Альцгеймера з використанням програмних пакетів, які ізолюють та багаторазово тренують певні когнітивні домени, такі як розподіл уваги, просторова пам'ять або здатність розрізняти об'єкти. Кіпріані та співав. та Талласі та співавт. обидва випробували програмний пакет, названий нейропсихологічним тренінгом, (який спочатку був розроблений для афазії, але модифікований для реабілітації пацієнтів з патологією мозку. Мета полягала в тому, щоб визначити, чи можна продовжувати модернізацію нейропсихологічного тренінгу для когнітивної терапії при хворобі Альцгеймера, орієнтуючись лише на збережені або втягнуті патологічним процесом когнітивні зони для покращення пам'яті при деменції. Навчання складалося з 30-45 хвилинних сеансів, 4 дні на тиждень, протягом 3 тижнів. Спеціальні вправи, спрямовані на поділ уваги, ідентифікацію об'єктів, послідовну пам'ять, робочу та просторову пам'ять, здатність розрізняти обличчя, звуки, а також розуміння слів. Таласі та його колеги виявили суттєве покращення загальної когніції (по Короткій шкалі оцінки психічного статусу, MMSE), депресії (по шкалі геріатричної депресії) та робочої пам'яті у порівнянні з контрольною групою. Кіпріані та його колеги виявили додаткові позитивні зміни у виконавчому функціонуванні, що свідчить про те, що пацієнти з хворобою Альцгеймера можуть отримувати користь від комп'ютерних методів когнітивної терапії, якщо об'єктом тренування є ще добре збережені сфери когніції.

Когнітивну терапію також поєднують з руховою активністю або з практикою використання «Діяльність з повсякденного життя» для створення асоціацій між діяльністю, що вивчається та пригадуванням вже пройдених кроків. Наприклад, пацієнти можуть асоціювати певні рухи тіла, з іменем чи подією, яку необхідно пригадати (наприклад, рух кидання м'яча з іменем лікаря). Такі жести для закріплення потрібно повторювати.

Когнітивна реабілітація має на меті не просто вплинути на конкретні когнітивні здібності, а пропонує модель лікування когнітивного дефіциту на основі корекції поточних поведінкових порушень та наявної соціальної дезінтеграції. Когнітивні досягнення розглядаються в контексті взаємодії пацієнта і навколишнього середовища. У цьому відношенні когнітивна реабілітація при деменції не лише включає моделі, що наголошують на відновленні когнітивного дефіциту, але й пошук та застосування шляхів його компенсації, щоб пацієнт зміг справлятися без сторонньої допомоги у своєму повсякденному житті на даному рівні його когнітивного функціонування, тобто, щоб когнітивні вимоги були мінімізовані. Цей вид компенсації може варіювати від навчання та практики впорядкування фінансів (щоб пацієнт без труднощів зміг сам оплатити рахунки) до практики користування календарем та запису важливої інформації на папері (наприклад, графік прийому ліків).

Програма когнітивної реабілітації пацієнтів з деменцією повинна брати до уваги поступове погіршення психічного статусу, скомпрометовані системи мозку, що перешкоджає усвідомленню власної хвороби, і все більш очевидний зв'язок між геріатричною депресією та деменцією. Незважаючи на те, що пом'якшення важкості нейродегенеративних порушень є першочерговим завданням, сповільнення когнітивного зниження, що дозволяє ще кілька місяців незалежної від догляду життєдіяльності, може суттєво вплинути на якість життя пацієнтів, відтягуючи необхідність більш інтенсивного стороннього догляду. Проте існує низка нейропсихологічних та психологічних перешкод при спробі залучити хворих до когнітивної реабілітації при деменції.

Головною і найбільш очевидною перешкодою є підступна втрата когнітивних здібностей, зокрема пам'яті, мови, а потім виконавчих навичок, необхідних для виконання завдань щоденного життя, що перешкоджає пацієнтові із обмеженим когнітивним функціонуванням отримати потенційну користь від когнітивної реабілітації. Позитивний ефект когнітивної реабілітації безпосередньо пов'язаний з рівнем цього когнітивного резерву. Особи, які вважають, що вони мають більші резерви через освіту чи розумово напружену професійну діяльність чи спосіб життя, мають менший ризик розвитку деменції і можуть отримати більше користі від когнітивних методів терапії. Значні порушення робочої пам'яті ускладнюють отримання нової інформації, що, по суті, є головною метою когнітивної реабілітації – вивчення нових або більш адаптивних когнітивних навичок. Труднощі з пам'яттю також можуть зменшити впевненість пацієнтів у собі, що може призвести до їх відгородженості від соціуму та високого ризику виникнення депресії, при якій ще більше погіршується когнітивне функціонування. Справді, певний когнітивний дефіцит при деменції ускладнює виконання пацієнтами інструкцій з когнітивної реабілітації, розуміння потреби та можливостей лікування, закріплення нових стратегій та переведення когнітивних результатів у реальні можливості. З прогресуванням захворювання різний рівень когнітивного функціонування ще більше ускладнює картину лікування. У таких пацієнтів перевага надається заходам, що допомагають їм підтримувати виконання щоденної діяльності. Як результат, використовуючи відповідні умови та терапевтичні модифікації для оптимізації взаємодії з лікувальною програмою та когнітивною реабілітацією, люди з деменцією як і раніше мають можливість вивчати та зберігати корисну інформацію та вміння, незважаючи на труднощі з пам'яттю.

Досить часто пацієнти заперечують наявність або тяжкість когнітивних та функціональних порушень, незважаючи на очевидні докази протилежного. Анозогнозія описується як відсутність усвідомлення або розуміння хвороби, що може являти собою механізм захисту, погіршення когнітивних процесів, що відповідають за усвідомлення свого стану, або і те і інше. Також лікар може зіштовхнутися з браком мотивації та апатією з боку пацієнта, або відчуттям безвихідності, що може первинно бути наслідком захворювання, чи вторинно, як прояв інволюційної депресії. Тому важливо є встановити мотиваційні стратегії.

Навчальні вправи з когнітивної реабілітації також є трудомісткими і, на жаль, служать повторюваним нагадуванням про порушення пам'яті та супутні функціональні наслідки. Для того, щоб методи когнітивної реабілітації були ефективними, пацієнти повинні бути адекватно задіяні і мотивовані, щоб вони не тільки почали реабілітаційну програму, але й продовжували брати участь у реабілітаційних заходах до досягнення терапевтичного ефекту. Успіх даної терапії залежить від налаштованості та залученості до неї пацієнта, тому її часто поєднують з психологічно-просвітницькими методами, для того, щоб пацієнт усвідомив наявність порушень когнітивної сфери, цим самим підвищуючи користь від реабілітації.

У процесі когнітивної реабілітації необхідно проводити оцінку когнітивної функції, якості життя, нейропсихіатричних симптомів, активності у повсякденному житті, прихильності до лікування, мотивації, суб'єктивне визначення ефективності проведених заходів.

ОСОБЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ КОМП'ЮТЕРНИХ ПРОГРАМ ДЛЯ КОГНІТИВНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Серед великої кількості комп'ютерних програм для нейрокогнітивних тренувань на сьогодні перевага надається тим, що дозволяють створити максимально персоналізований план реабілітації для конкретного пацієнта, враховуючи ступінь порушення когнітивної сфери і швидкість виникнення позитивної динаміки.

Метою таких тренувань є стимулювати пацієнта будувати нові стратегії обробки інформації та нові стратегії поведінки. Таким критеріям відповідає програма для когнітивної реабілітації ERICA. Програма містить вправи, розроблені у відповідності до сучасних когнітивних моделей, призначені для відновлення конкретних навичок, таких як: увага, просторова когніція, пам'ять, вербальні та невербальні виконавчі функції – у дорослих пацієнтів з нейропсихологічним дефіцитом, викликаним черепно-мозковою травмою, інволюційними змінами, дегенеративними та психічними захворюваннями.

Проект ERICA базується на положенні, що завдання повинні бути відкалібровані у відповідності до типу та ступеня когнітивного дефіциту конкретного пацієнта. Програма дозволяє спеціалісту змінювати велику кількість параметрів у відповідь на мінімальний прогрес пацієнта, для того, щоб підтримувати постійний рівень роботи. Тобто можна змінити форму, колір, розмір графічних стимулів; приналежність до семантичних класів, структурну характеристику лексичних стимулів; розбіжності між мішенню та дистрактором; місце появи, час відтворення стимула та тривалість пауз між ними; режим презентації та режим навчання (для вправ на пам'ять), максимальний час для відповіді та інші параметри.

На кожному рівні роботи подається достатня кількість матеріалу, що унеможливило повторення одних і тих самих завдань. Це потрібно для того, щоб пацієнт не зміг запам'ятати вправи і виконувати їх шаблонно, а ефективність роботи залишалась на високому рівні. Обширність матеріалу завдань також скорочує для спеціаліста час підготовки до сеансів, так як послідовності вправ складені у правильному порядку, згідно запрограмованого розподілу, та готові до використання.

Вправи у кожній із серій розподілені у порядку наростання складності: складність може бути модульована невеликими кроками, щоб адаптувати завдання до прогресивних змін у роботі пацієнта, цим самим постійно гарантуючи ефективні сеанси реабілітації.

Програма подається пацієнтові у формі «гри», цим самим створюючи пацієнтові конкуренцію з самим собою для покращення результатів, отриманих на попередніх сеансах.

Система дозволяє здійснити збір, кількісну оцінку, обробку, перетворення отриманих результатів та помилок (графічними символами або у вигляді цифер), а також архівування результатів.

Отже, після ретельної оцінки всіх когнітивних сфер пацієнта, спеціаліст може використовувати ERICA для втілення найбільш індивідуального плану нейропсихологічної реабілітації для кожного пацієнта.

Правильно підбравши інтенсивність, частоту, структурованість сесії та тривалість реабілітації можна спостерігати не лише зменшення когнітивного дефіциту, що полегшить побутову діяльність пацієнта, а й збереження позитивної динаміки протягом тривалого часу.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням ефективності когнітивної реабілітації пацієнтів з деменцією.

ЛІТЕРАТУРА

1. Avila R, Bottino CMC, Carvalho IAM, Santos CB, Seral C, Miotto EC. Neuropsychological rehabilitation of memory deficits and activities of daily living in patients with Alzheimer's disease: a pilot study. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*. 2004;37:1721–1729.
2. Ball K, Berch DB, Helmers KF, et al. Effects of cognitive training interventions with older adults: A randomized controlled trial. *JAMA*. 2002;288:2271–2281
3. Cipriani G, Bianchetti A, Trabucchi M. Outcomes of a computer-based cognitive rehabilitation program on Alzheimer's disease patients compared with those on patients affected by mild cognitive impairment. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2006;43:327–335.
4. Clare L, Jones RS. Errorless learning in the rehabilitation of memory impairment: A critical review. *Neuropsychology Review*. 2008;18:1–23
5. Clare L, Woods RT. Cognitive training and cognitive rehabilitation for people with early-stage Alzheimer's disease: A review. *Neuropsychological Rehabilitation*. 2004;14:385–401
6. Clare L, Woods RT, MonizCook ED, Orrell M, Spector A. Cognitive rehabilitation and cognitive training for early-stage Alzheimer's disease and vascular dementia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003
7. Koltai DC, Welsh-Bohmer KA, Schmechel DE. Influence of an anosognosia on treatment outcome among dementia patients. *Neuropsychological Rehabilitation*. 2001;11:455–475.
8. Mahncke HW, Connor BB, Appelman J, Ahsanuddin ON, Hardy JL, Wood RA, Joyce NM, Boniske T, Atkins SM, Merzenich MM. Memory enhancement in healthy older adults using a brain plasticity-based training program: a randomized, controlled study. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*. 2006b;103:12523–12528
9. Moore S, Sandman CA, McGrady K, Patrick Kesslak J. Memory training improves cognitive ability in patients with dementia. *Neuropsychological Rehabilitation*. 2001;11:245–261.
10. Panza F, Frisardi V, Capurso C, D'Introno A, Colacicco AM, Imbimbo BP, Santamato A, Vendemiale G, Seripa D, Pilotto A, Capurso A, Solfrizzi V. Late-Life Depression, Mild Cognitive Impairment, and Dementia: Possible Continuum? *American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2010;18:98–116.
11. Potter GG, Steffens DC. Contribution of depression to cognitive impairment and dementia in older adults. *The neurologist*. 2007;13:105–117.
12. Spector A, Orrell M, Woods B. Cognitive Stimulation Therapy (CST): effects on different areas of cognitive function for people with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2010;25:1253–1258
13. Spector A, Thorgrimsen L, Woods B, Royan L, Davies S, Butterworth M, Orrell M. Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy programme for people with dementia: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2003;183:248–254.

Дата надходження рукопису до редакції: 17.03.2018 р.

Особенности когнитивной реабилитации пациентов с деменцией

А.П. Романов, Д.В. Чорей

Государственное высшее учебное заведение «Ужгородский национальный университет»

Современная тенденция к увеличению средней продолжительности жизни и соответственно увеличение части населения старших возрастных групп делает проблему когнитивных нарушений особенно актуальной. Поскольку когнитивные функции связаны с интегрированной деятельностью головного мозга в целом, то когнитивная недостаточность закономерно развивается при очаговых и диффузных поражениях головного мозга. По статистике от 2 до 20% людей в возрасте старше 65 лет страдают от тяжелых когнитивных нарушений в виде деменции. Нефармакологические виды вмешательств и непосредственно когнитивно-направленные, все чаще становятся важным

дополнительным (но не альтернативным) методом к фармакотерапии пациентов с риском развития деменции или при его наличии. Большое количество исследований подтверждает теорию, что интеллектуальная стимуляция в пожилом возрасте оттягивает развитие деменции. В данном контексте тренинговые программы могут повлиять на когнитивный резерв. Когнитивная восстановительная терапия призвана улучшить такие когнитивные функции как внимание, оперативная память та исполнительные функции, включая когнитивную гибкость, способность мыслить, планировать и принимать решения, что в свою очередь улучшает социальное функционирование и качество жизни пациентов.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: когнитивная реабилитация, когнитивные нарушения, деменция.

Special features of cognitive rehabilitation in patients with dementia

O.P. Romaniv, D.V. Chorei

State Higher Educational Institution "Uzhhorod National University".

As the population ages because of increased life expectancy the problem of cognitive impairment becomes more evident. Cognitive impairment takes place because of different focal and diffuse brain damage, as long as cognitive functioning includes integrative activity of the brain in general. According to statistics, from 2 to 20% of people after 65 years suffer from such severe cognitive impairment as dementia. Non-pharmacological interventions, in particular cognitive-targeted, are becoming an important addition (and sometimes an alternative) to the pharmacotherapy of patients with risk of dementia and those who have already had a manifestation of the disease. In addition, an increasing number of studies support the theory that cognitive stimulation in the elderly delay the onset of dementia. In this context, training programs can affect the cognitive reserve. Cognitive remediation therapy is designed to improve neurocognitive functions such as attention, memory, and executive functions, including cognitive flexibility, ability to reason, plan and make decisions, which in turn improves the social functioning and quality of life of such patients.

KEY WORDS: cognitive rehabilitation, cognitive disorders, dementia.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ

Романів Олександр Петрович – к.м.н., зав. кафедрою фізичної реабілітації факультету здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ «Ужгородський національний університет», вул. Митна, 29, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

Чорей Діана Василівна – лікар-інтерн психіатричного відділення Закарпатського обласного наркологічного диспансеру. Закарпатська область, м. Ужгород, вул. Сергія Мартіна, 4а.

Психогігієна особистості як важлива складова підготовки до вагітності через призму громадського здоров'я

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

Мета: показати важливість особистісної психогігієни в процесі підготовки до зачаття, вагітності та пологів в цілому, шляхом огляду, узагальнення та аналізу наукової літератури.

Матеріали та методи: у роботі використано публікації, присвячені питанням психогігієни у перинатології, інформаційно-аналітичний метод.

Висновки: психогігієна, зокрема особистісна та сімейна, є невід'ємною частиною в процесі планування і створення родини. Являється важливою допоміжною складовою у збереженні і зміцненні психічного здоров'я, створенні сприятливих умов для гармонійного перебігу прегравідарного періоду та вагітності в психологічному аспекті, а психоедукація сприяє підвищенню психологічної компетентності партнерів та поширенню необхідних знань у сфері перинатології.

Ключові слова: психологія, психогігієна, психоедукація, вагітність, батьківство, прегравідарна підготовка, перинатологія.

ВСТУП

Вагітність є періодом, що включає глибокі психологічні, а також фізичні зміни. Це впливає на всіх майбутніх матерів незалежно від їх психологічного благополуччя. Всі жінки маніфестують значні психологічні та емоційні зміни під час вагітності, і ці зміни глибоко впливають на психічне здоров'я самої жінки та ранні відносини мама-дитина. Для того, щоб увесь період вагітності приносив тільки приємні емоції, до зачаття дитини потрібно правильно підготуватися. Це не тільки збереже репродуктивну функцію і здоров'я жінки, але і гарантує народження здорової та міцної дитини.

Мета: показати важливість особистісної психогігієни в процесі підготовки до зачаття, вагітності та пологів в цілому, шляхом огляду, узагальнення та аналізу наукової літератури.

Матеріали та методи: у роботі використано публікації, присвячені питанням психогігієни у перинатології, інформаційно-аналітичний метод.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Останнім часом планування вагітності часто називають «прегравідарною підготовкою до вагітності». З латинської «gravid» означає «вагітна». Тобто прегравідарна підготовка-це не що інше, як звичайне та ретельне планування вагітності, це комплекс діагностичних, профілактичних і лікувальних заходів, результатом яких є підготовка організму до повноцінного зачаття, виношування і народження здорової дитини. Однією із найважливіших частин даного процесу являється адекватна психологічна підготовка.

Однак, як показує практика, підготовка до вагітності-це важливий фактор, який зумовлює не тільки народження здорової дитини, але і допомагає впоратися з багатьма психологічними проблемами в сім'ї, пов'язаними з появою дітей.

Батьківство починається ще задовго до того як батьки приносять свого малюка додому з лікарні. Вагітність і народження є невід'ємною частиною процесу становлення батьківства. Остання література показує, що значні психологічні зміни відбуваються протягом вагітності і можуть бути критичними для адаптації до батьківства. Останні дані показують, що вагітність є нормальним періодом розвитку, який потребує психологічної адаптації нових батьків. Цей період передбачає потрясіння в емоціях, відносинах, цінностях та ролях, які вимагають значної уваги та підготовки. Дослідження показали, що безуспішне вирішення цих потрясінь було пов'язане з труднощами вагітності та пологів, післяпологовою депресією та жорстокістю дітей та зневагою.

Зміни в психічній сфері жінок, спричинені материнством, є одною з найбільш складних і маловивчених областей сучасної науки. Актуальність цієї теми зумовлена багатьма чинниками: постійно зростає кількість розлучень, висока частота післяпологової депресії у популяції (10–15%), лавиноподібне зростання дітей сиріт з живими батьками. Нинішня девальвація цінностей класичного шлюбного інституту – це актуальне питання, а не філософія, і виходить за рамки цієї статті. Ми тільки скажемо, що здорова генерація у кожному сенсі може підніматися лише в умовах міцної сім'ї, де протягом багатьох століть жінка відчуває себе найбільш упевненою і у повному обсязі усвідомлює свою материнську функцію.

Виявлено, що діти матерів, які страждають післяпологовою депресією, потрапляють у високий ризик розвитку емоційних та поведінкових проблем та затримки розвитку (Г.В. Скобло, Л.Л. Баз, 1998), психічні розлади у сфері комунікації та психологічні проблеми підліткового віку (Г.Г. Філіппова, 1999). Було також виявлено, що непролікована післяпологова депресія має високу ендогенізацію ризику (Розенблюм О., Данон Г., Нестур А., 2000). За даними

Дюранда Б. (1994), 25% однополярних або біполярних афективних розладів відбуваються після народження, часто після першого. На думку автора, причини цього є: схильність до маніакально-депресивного синдрому або втрата під час вагітності когось із найближчих родичів або ж відсутність чоловіка.

Всесвітня організація охорони здоров'я, вважаючи питання створення родини і сімейної психогієни надзвичайно актуальними, приділяє їм спеціальну увагу, розробляє програми, що стосуються планування і створення родини. Відомо, що загальна народжуваність дітей знизилася в зв'язку з появою сучасних методів попередження вагітності. У той же час народжуваність дітей у психічно неповноцінних жінок, навпроти, збільшилася.

Основні принципи роботи ВООЗ з галузі охорони психічного здоров'я в міжнародному масштабі:

I. Перший принцип – створення при кожному національному міністерстві охорони здоров'я секції психогієни з метою координації всієї роботи щодо попередження нервово-психічних захворювань усередині країни і обміну досвідом з іншими країнами.

II. Другий принцип – звернення особливої уваги на роботу серед дітей, оскільки в дитячому віці профілактичні заходи найбільш ефективні.

III. Третій принцип – об'єднання роботи з психогієни з усіма іншими видами діяльності ВООЗ, такими як служба охорони здоров'я матері і дитини, а також з роботою спеціалізованих і неспеціалізованих закладів Організації Об'єднаних Націй.

Психогієна – галузь медичної психології, яка вивчає вплив факторів і умов зовнішнього середовища, виховання і самовиховання на психічний розвиток і психічний стан людини, розробляє рекомендації щодо збереження і зміцнення психічного здоров'я суспільства і окремих осіб. Тобто, основне завдання психогієни – формування і підтримка психічного здоров'я.

У структурі психогієни виділяється **три рівні**:

1) *Національна психогієна* – здійснюваний соціальними інститутами комплекс заходів щодо збереження та зміцнення психічного здоров'я нації. Найважливішим напрямком національної психогієни є державна підтримка санітарної психогієни освіти, підвищення психологічної компетентності громадян, поширення знань про психологічну допомогу і самопомогу.

2) *Організаційна психогієна* – практична психогієна на рівні організації. До числа питань організаційної психогієни відносяться: організація психологічної служби підприємства, планування та розробка заходів щодо підтримання здоров'я і працездатності співробітників, щодо оптимізації режиму праці, навчання, відпочинку, створенню кімнат емоційного розвантаження та інших місць відпочинку на підприємстві або в зонах відпочинку, забезпечення робітників або учнів консультативною допомогою

3) *Психогієна особистості* – це рівень практичної психогієни, де центральним об'єктом виступає окрема людина, особистість. Це сукупність дій, які людина здійснює своїми силами (своїми можливостями, особистими стараннями та вміннями).

Основні завдання психогієни:

1. Створення сприятливих умов для формування гармонійно розвинутої особистості.
2. Формування навичок оздоровчої поведінки, спрямованої на збереження психічного здоров'я.
3. Розробка психопрофілактичних заходів, спрямованих на попередження нервово-психічних порушень.
4. Моніторинг психічного здоров'я населення.
5. Розробка та впровадження заходів з оптимізації розумової праці та забезпечення активного творчого довголіття.

Особиста психогієна – вивчає механізми емоційної саморегуляції і розробляє шляхи зміцнення власного психічного здоров'я.

Психогієна людини повинна починатись з внутрішньоутробного періоду (дотримання матір'ю всіх гігієнічних вимог, створення позитивного психологічного клімату для майбутньої дитини і т.п.).

Важливими інструментами профілактики є психоедукація та психопросвітницька робота в сфері перинатології.

Психоедукація – це пояснення і донесення до людей необхідної інформації про психічне здоров'я, психологічні негаразди та їх наслідки для особистості.

Даною діяльністю у галузі перинатології займаються відповідні спеціалісти (медичні психологи, психотерапевти, гінекологи) у різноманітних центрах планування сім'ї, жіночих консультаціях та інших закладах охорони здоров'я.

ВИСНОВКИ

Отже, психогієна, зокрема особистісна та сімейна, є невід'ємною частиною в процесі планування і створення родини. Являється важливою допоміжною складовою у збереженні і зміцненні психічного здоров'я, створенні сприятливих умов для гармонійного перебігу прегравідарного періоду та вагітності в психологічному аспекті, а психоедукація сприяє підвищенню психологічної компетентності партнерів та поширенню необхідних знань у сфері перинатології.

РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Вчасна та якісна психоедукація;
2. Позитивний психологічний настрій партнерів;
3. Створення сприятливої психологічної атмосфери вдома та на роботі.

Перспективи подальших досліджень вбачаємо у вивченні основних питань перинатальної психології/психоедукації та психогієни, головним завданням яких виступає зміцнення психічного здоров'я наступних поколінь та громадського здоров'я вцілому.

ЛІТЕРАТУРА

1. Афанасьєва Н.Є. Основи психогієни та психопрофілактики: навч. пос. / Н.Є. Афанасьєва. – Х.: НУЦЗУ, 2016. – С. 6-10.
2. Куликов Л.В. Психогієна особистості: навч. пос. / Л.В. Куликов-СПб.: Пітер, 2004. -203с.
3. Маклаков А.Г. Загальна психологія.-СПб.:Пітер,2001-592с.
4. Медичний довідник Medical-Enc. / Психіатрія, поняття психопрофілактики, її види. /Режим доступу: <http://medical-enc.com.ua/psychoprophylaxis.htm>
5. Antle K. Psychologic involvement in pregnancy by expectant fathers. J obstet gynecol nurs 2013; 4:40-42.
6. Brazelton TB: Effect of maternal expectations on early infant behavior. Early child dev care 2010; 2:259-273. 6.
7. Colman A, Colman L: Pregnancy: the psychological experience. New York, Seabury press, 2012, pp. 6-10.
8. Fred Tudiver Judy Tudiver: Pregnancy and psychological preparation for parenthood /Can. Fam. Physician vol. 28: september 2014
9. Grossman FK, eichler Is, winickoff sa: pregnancy, birth and parenthood. San francisco, jossey-bass publishers, 2012, pp. 12-44, 141-168.
10. Lagercrantz E, Lagercrantz R: social and psychological risk factors in pregnancy and early parenthood, in carezza I, zichella I (eds): emotion and reproduction. London, academic press, 2010, vol 20b. 16.
11. Shereshefsky PM, Yarrow LJ: psychological aspects of a first pregnancy and early postnatal adaptation. New York, raven press, 2014.
12. Williams JH: Psychology of women. New York, w. W. Norton and company inc., 2013, pp. 262-265. 8.
13. Williams CC, Williams RA, Griswold MJ, et al: Pregnancy and life change. J Psychosom Res 2011; 19:123-129.
14. Yousuf Atik Psychohygiene early motherhood / october 19, 2016

Дата надходження рукопису до редакції: 17.03.2018 р.

Психогієна личности как важная составная подготовки к беременности через призму общественного здоровья

А.П. Романов, Б.Я. Надь

Ужгородский национальный университет, м. Ужгород

Цель: показать важность личной психогієны в процессе подготовки к зачатию, беременности и родов в целом, путем осмотра, обобщения и анализа научной литературы.

Материалы и методы: в работе использованы публикации, которые посвящены вопросам психогієны в перинатологии и информационно-аналитический метод.

Выводы: психогієна, в частности личностная и семейная, есть неотъемлемой частью в процессе планирования и создания семьи. Является важной вспомогательной составляющей в сохранении и укреплении психического здоровья, создании благоприятных условий для гармоничного течения прегравидарного периода и беременности в психологическом аспекте, а психоедукация способствует повышению психологической компетентности партнеров и распространению необходимых знаний в сфере перинатологии.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: психология, психогієна, психоедукация, беременность, отцовство, прегравидарная подготовка, перинатология.

Personality psychohygiene as an important factor of preparation for pregnancy through the lens of public health

O. Romanov, B. Nad'

State Higher Educational Institution "Uzhhorod National University".

Aim: to show the importance of personal psychohygiene in the process of preparation for impregnation, pregnancy and childbirth in general, through examination, synthesis and analysis of scientific literature.

Materials and methods: publications on the issues of psychohygiene in perinatology were used in the course of the work. Information-and-analytical method was applied.

Conclusions. Psychohygiene, in particular personal and family, is an integral part in the process of planning and creating a family. It is an important auxiliary component in preserving and strengthening mental health, creating favorable conditions for

the harmonious flow of the pregravidder period and pregnancy in a psychological aspect and psychoeducation promotes the psychological competence of the partners and the dissemination of the necessary knowledge in the field of perinatology.

KEY WORDS: psychology, psychohygiene, psychoeducation, pregnancy, paternity, pregravidder training, perinatology.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ

Романів Олександр Петрович – к.м.н., зав. кафедрою фізичної реабілітації факультету здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ «Ужгородський національний університет», вул. Митна, 29, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

Надь Б. Я. – асистент кафедри фізичної реабілітації факультету здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ «Ужгородський національний університет», вул. Митна, 29, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна

УДК 616.233-002-039.35:616-053.5-071.3

М.В. Сабадош, О.Ю. Гузак

Показники біогеометричного профілю постави у дітей молодшого шкільного віку, хворих на рецидивуючий бронхіт

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

Мета: оцінити показники біогеометричного профілю постави у дітей з рецидивуючим бронхітом.

Матеріали і методи: обстежено 109 дітей молодшого шкільного віку. Був використаний метод комп'ютерної фотометрії для дослідження біогеометричного профілю постави у дітей; аналіз спеціальної та науково-методичної літератури; контент-аналіз медичної документації (результатів об'єктивних досліджень). Отримані дані були оброблені адекватними методами математичної статистики.

Результати: після даного дослідження виявлено негативний вплив грудного кіфозу на функціональний стан дихальної системи, як об'ємних так і швидкісних показників.

Висновки: біогеометричний профіль постави характеризувався наявністю відхилень як у сагітальній так і фронтальній площинах. Достовірні відмінності у групах встановлені лише за показником кута α_2 , який відповідає за грудний кіфоз.

Ключові слова: рецидивуючий бронхіт, біогеометричний профіль постави, фронтальна і сагітальна площини.

ВСТУП

Проблема профілактики та реабілітації дітей з бронхолегеневою патологією займає важливе місце в практиці педіатрії [11, 14]. З метою профілактики рецидивуючих респіраторних інфекцій автори рекомендують визначити, передусім, причину рецидивів і по можливості усунути її або вплинути на неї [Ошибка! Источник ссылки не найден.]. Запорукою високої ефективності реабілітаційних заходів у дітей з бронхолегеневою патологією вважають тісну взаємодію спеціалістів, що забезпечують комплексну реабілітацію пацієнтів і планують її з урахуванням основного діагнозу та супутньої патології [6, 7, 9, 10].

Функціональний стан системи дихання у міжрецидивний період серед дітей з рецидивуючим бронхітом (РБ), за даними літератури, може бути як в нормі [17], так і зниженим [2, 12, 13]. Поміж дітей з РБ відзначають також зміни в серцево-судинній системі [8, 13], наявність порушень постави [3, 3], що наряду з етіопатогенетичними особливостями вимагає уточнення алгоритмів лікування та використання засобів фізичної реабілітації на різних етапах відновлення. Слід відзначити, що засоби терапії, відновного лікування та превентивні заходи, що використовуються у дітей з рецидивуючим бронхітом, так само як і у часто хворіючих, повинні бути без побічного впливу на загальний розвиток організму та функціонування його систем, або ж такий небажаний ефект має бути мінімальним [Ошибка! Источник ссылки не найден.].

Першочерговим та невід'ємним компонентом у процесі фізичної реабілітації дітей з РБ є проведення реабілітаційного обстеження з метою визначення функціональних порушень та встановлення реабілітаційного діагнозу, що в подальшому дозволить створити адекватну потребам пацієнта індивідуальну програму фізичної реабілітації. Реабілітаційне обстеження є складовою фізичної реабілітації, яке проводиться з метою визначення реабілітаційного діагнозу та базується на суб'єктивній, об'єктивній оцінках та даних спостереження.

Мета: оцінити показники біогеометричного профілю постави у дітей з рецидивуючим бронхітом.

ОСНОВНІ ЗАВДАННЯ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Завдання:

1. Проаналізувати науково-методичні знання та результати практичного досвіду вітчизняних і зарубіжних дослідників з питання фізичної реабілітації дітей молодшого шкільного віку, хворих на рецидивуючий бронхіт.

2. Визначити особливості анамнезу та дослідити рівень біогеометричного профілю постави у дітей 7–9 років, хворих на рецидивуючий бронхіт.

3. Проаналізувати показники біогеометричного профілю постави та оцінити вплив супутньої патології на стан дихальної системи у дітей молодшого шкільного віку, хворих на рецидивуючий бронхіт.

Використовувалися такі **методи дослідження** як аналіз спеціальної та науково-методичної літератури; контент-аналіз медичної документації (результатів об'єктивних досліджень) та метод комп'ютерної фотометрії.

ВИСВІТЛЕННЯ СТАТИСТИЧНО ОПРАЦЬОВАНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

Матеріали роботи були отримані під час проведення дослідження на базі санаторію «Малютко» (м. Ужгород). Контингент досліджуваних – 109 дітей молодшого шкільного віку, хворих на рецидивуючий бронхіт, з них 53 (48,6%) хлопчика та 56 (51,4%) дівчаток віком від 7 до 9 років, що надходили для проведення санаторно-курортного лікування. Середній вік склав $8,6 \pm 0,62$ ($\bar{x} \pm S$) років.

Для підтвердження супутнього діагнозу відносно порушень постави та реєстрації її кількісних характеристик, що свідчать про стан біогеометричного профілю статичної пацієнтів, був використаний метод комп'ютерної фотометрії. Використовувалася цифрова фотокамера, сполучена з персональним комп'ютером, із застосуванням програми «Ерго Тегару» (Тегеран) [13].

Фотографування проводилося з урахуванням основних біомеханічних вимог: центри суглобів і анатомічні точки були відзначені контрастними маркерами; в площині об'єкта зйомки розташовувався висок; камера кріпилася на штативі нерухомо, на відстані не менше 3 метрів до об'єкту зйомки для статичних поз [5, 13,]. Похибка вимірювання 0,1.

У ході дослідження постави дітей з РБ (n=109) були проаналізовані отримані значення біогеометричного профілю постави у фронтальній та сагітальній площинах.

Відповідно до отриманих середньостатистичних результатів (табл. 1) у дітей з РБ кути, що розташовані у фронтальній площині, достовірно не відрізнялися у групах дітей (p>0,05). Так у Г1 кут β_1 склав $1,16 \pm 0,51^\circ$, при Me (25%; 75%) – $1,09$ (0,85; 1,50) $^\circ$, а у Г2 середнє значення становило $1,29 \pm 0,59^\circ$ при Me (25%; 75%) – $1,32$ (0,89; 1,64) $^\circ$.

Кут β_2 , що утворений лінією горизонту і лінією між акроміонами, у дослідженій Г1 становив $3,68 \pm 1,14^\circ$, при цьому Me (25%; 75%) склали $3,31$ (2,88; 4,20) $^\circ$. У Г2 середній показник склав $3,61 \pm 1,12$, а Me (25%; 75%) становили $3,65$ (2,81; 4,20) $^\circ$.

Проведений аналіз кута β_3 , що утворений лінією горизонту і відрізком, що з'єднує точки нижніх кутів лопаток, встановив, що значення кута β_3 у групі Г1 склали $5,16 \pm 1,56^\circ$, а у Г2 – $4,70 \pm 1,77^\circ$. Показники Me (25%; 75%) у Г1 і Г2 відповідно склали $5,07$ (3,85; 6,39) $^\circ$ і $4,56$ (3,02; 6,12) $^\circ$.

Показник кута фронтальної площини β_4 , утвореного лінією горизонту і відрізком, що з'єднує ЦМ голови і точку між сфіріонами ніг, у дітей з РБ групи Г1 виявлено на рівні $0,65 \pm 0,41^\circ$, а статистичні показники Me (25%; 75%) – $0,64$ (0,34; 1,02) $^\circ$. У Г2 аналогічні статистичні показники становили $0,67 \pm 0,40^\circ$ та $0,63$ (0,30; 1,01) $^\circ$.

Статистичний аналіз досліджуваних показників відстаней у біогеометричному профілі постави встановив, що у фронтальній площині досліджувані відстані достовірно не відрізняються у групах дітей (p>0,05). Окрім того значення показника L_1 , що відображає відстань між лівою радіальною точкою і центром гребеня лівої клубової кістки, і аналогічного показника з права (L_2) не відрізнялися у обох групах (p>0,05), що свідчить про відсутність статистично достовірної переваги за кількістю викривлень у одну з сторін у Г1 і у Г2. З іншої сторони наявна достовірна різниця між показниками $L_{\text{вип}}$ та $L_{\text{ввігн}}$ (p<0,001) у обох групах, що підтверджує наявність наслідків сколіотичних змін у поставі.

Враховуючи коефіцієнт варіації показників відстаней зазначимо їх Me (25%; 75%). У Г1 для L_1 – $4,72$ (4,13; 5,20) см, для L_2 – $5,02$ (4,15; 5,59) см, для $L_{\text{вип}}$ – $5,25$ (4,60; 5,64) см, для $L_{\text{ввігн}}$ – $4,46$ (3,49; 4,99) см. У Г2 для L_1 – $4,78$ (4,39; 5,16) см, для L_2 – $5,02$ (3,90; 5,61) см, для $L_{\text{вип}}$ – $5,12$ (4,53; 5,61) см, $L_{\text{ввігн}}$ – $4,41$ (3,49; 5,00) см.

Таблиця 1
Середньостатистичні показники біогеометричного профілю постави дітей з рецидивуючим бронхітом у фронтальній площині

Показники біогеометричного профілю постави	Норма	Г1 (n = 48)		Г2 (n = 61)		p
		\bar{x}	S	\bar{x}	S	
$\beta_1, ^\circ$	→0	1,16	0,51	1,29	0,59	>0,05
$\beta_2, ^\circ$	→0	3,68	1,14	3,61	1,12	>0,05
$\beta_3, ^\circ$	→0	5,16	1,56	4,70	1,77	>0,05
$\beta_4, ^\circ$	→0	0,65	0,41	0,67	0,40	>0,05
$L_1, \text{см}$	$L_1 = L_2$	4,63	0,92	4,69	0,98	>0,05
$L_2, \text{см}$		4,83	0,93	4,90	1,20	>0,05
$L_{\text{вип}}, \text{см}$	$L_{\text{вип}} > L_{\text{ввігн}}$	5,17	0,66	5,25	0,97	>0,05
$L_{\text{ввігн}}, \text{см}$		4,29	0,96	4,33	1,04	>0,05
$L_{\Delta}, \text{см}$	0	0,88	0,64	0,92	0,68	>0,05

Примітки:

$\beta_1, ^\circ$ – кут, утворений вертикаллю й відрізком між ЦМ голови і хребцем C_7 ;

$\beta_2, ^\circ$ – кут, утворений горизонталлю й відрізком між акроміонами;

$\beta_3, ^\circ$ – кут, утворений горизонталлю й відрізком між нижніми кутами лопаток;

$\beta_4, ^\circ$ – кут, утворений вертикаллю й відрізком між хребцем C_7 та точкою між сфіріонами;

L_1 – відстань, між лівою радіальною точкою і центром гребеня лівої клубової кістки; L_2 – та ж відстань праворуч;

$L_{\text{вип}}$ – відстань, між радіальною точкою і центром гребеня клубової кістки на стороні випуклості;

$L_{\text{ввігн}}$ – та ж відстань на ввігнутій стороні;

L_{Δ} – модуль різниці L_1 і L_2 .

Показник L_{Δ} мав наступні характеристики: у Г1 середнє значення становило $0,88 \pm 0,64$ см, а Me (25%; 75%) – $0,81$ ($0,38; 1,13$) см; у Г2 середнє значення $0,92 \pm 0,68$ см, а Me (25%; 75%) – $0,83$ ($0,42; 1,27$) см.

Дані, що представлені у табл. 2, підтверджують наявність відхилень від норм у показниках біогеометричного профілю постави у дітей з РБ і у сагітальній площині. Відзначимо, що достовірна різниця між групами спостерігалася лише за показником α_2 ($p < 0,01$), що свідчить про можливість впливу погіршення цього показника і на встановлені відмінності між групами дітей за результатами характеристик функції зовнішнього дихання.

Таблиця 2
Середньостатистичні показники біогеометричного профілю постави дітей з рецидивуючим бронхітом у сагітальній площині

Показники біогеометричного профілю постави	Норма	Г1 (n = 48)		Г2 (n = 61)		p
		\bar{x}	S	\bar{x}	S	
$\alpha_1, ^\circ$	$\rightarrow 0$	4,37	1,29	4,79	1,54	$> 0,05$
$\alpha_2, ^\circ$	$\rightarrow 0$	6,31	1,53	4,94	1,44	$< 0,01$
$\alpha_3, ^\circ$	$\rightarrow 0$	5,31	1,62	5,34	2,10	$> 0,05$
$\alpha_4, ^\circ$	$\rightarrow 0$	6,14	1,91	5,94	1,90	$> 0,05$
$\alpha_5, ^\circ$	$\rightarrow 0$	3,80	1,89	4,00	1,86	$> 0,05$
$\alpha_6, ^\circ$	$\rightarrow 0$	3,41	2,30	3,59	2,26	$> 0,05$
$\alpha_7, ^\circ$	$\rightarrow 0$	2,75	1,57	2,89	1,52	$> 0,05$

Примітки:

- $\alpha_1, ^\circ$ – кут, утворений вертикаллю й відрізком між ЦМ голови й акроміоном;
- $\alpha_2, ^\circ$ – кут, утворений вертикаллю й відрізком між акроміоном і інфраторакальною точкою;
- $\alpha_3, ^\circ$ – кут, утворений вертикаллю й відрізком між інфраторакальною точкою й центром гребня клубової кістки;
- $\alpha_4, ^\circ$ – кут, утворений вертикаллю й відрізком між центром гребня клубової кістки й трохантеріоном;
- $\alpha_5, ^\circ$ – кут, утворений вертикаллю й відрізком між трохантеріоном і тибіальною точкою;
- $\alpha_6, ^\circ$ – кут, утворений вертикаллю й відрізком між тибіальною точкою й сфріоном;
- $\alpha_7, ^\circ$ – кут, утворений вертикаллю й відрізком між акроміоном і трохантеріоном.

Проведений аналіз середньостатистичного результату кута α_1 , що утворюється перетином вертикалі та відрізка між ЦМ голови і акроміоном, свідчить про наявність відхилень від норми, а сам показник у Г1 становить $4,37 \pm 1,29^\circ$, а у Г2 – $4,79 \pm 1,54^\circ$. Значення Me (25%; 75%) для α_1 відповідно склали $4,52$ ($3,13; 5,33$) $^\circ$ і $4,55$ ($3,82; 5,71$) $^\circ$.

Кут α_2 , котрий утворений перетином вертикалі та відрізка між акроміоном та інфраторакальною точкою і віддзеркалює стан грудного відділу хребта, склав у Г1 – $6,31 \pm 1,53^\circ$ (Me (25%; 75%) – $5,90$ ($5,15; 7,96$) $^\circ$), а у Г2 – $4,94 \pm 1,44^\circ$ (Me (25%; 75%) – $4,41$ ($3,58; 6,34$) $^\circ$).

Показник кута сагітальної площини α_3 , що утворений вертикаллю й відрізком між інфраторакальною точкою й центром гребня клубової кістки і збільшення якого залежить від вираженості грудного кіфозу і поперекового лордозу, у групах пацієнтів достовірно не відрізнявся ($p > 0,05$). У дітей групи Г1 середньостатистичний показник виявлено на рівні $5,31 \pm 1,62^\circ$, а статистичні показники Me (25%; 75%) – $5,20$ ($4,45; 6,76$) $^\circ$. У Г2 аналогічні статистичні показники становили $5,34 \pm 2,10^\circ$ та $5,33$ ($3,72; 6,96$) $^\circ$.

Показник кута α_4 , котрий утворюється при перетині вертикалі та відрізка між центром гребня клубової кістки і трохантеріоном, також був дещо вище від норм. Так у Г1 кут α_4 склав $6,14 \pm 1,91^\circ$, при Me (25%; 75%) – $6,49$ ($4,38; 7,77$) $^\circ$, а у Г2 середнє значення становило $5,94 \pm 1,90^\circ$ при Me (25%; 75%) – $6,08$ ($4,31; 7,70$) $^\circ$.

Кут α_5 , котрий утворений перетином вертикалі та відрізком між трохантеріоном і тибіальною точкою, склав у Г1 – $3,80 \pm 1,89^\circ$ (Me (25%; 75%) – $4,05$ ($2,11; 5,27$) $^\circ$), а у Г2 – $4,00 \pm 1,86^\circ$ (Me (25%; 75%) – $4,50$ ($2,27; 5,49$) $^\circ$). Достовірної різниці між групами встановлено не було ($p > 0,05$).

Показники кута α_6 , котрий утворюється при перетині вертикалі та відрізка між тибіальною точкою й сфріоном, також не були достатньо наближені до нуля. Так у Г1 кут α_6 склав $3,41 \pm 2,30^\circ$, при Me (25%; 75%) – $2,95$ ($1,29; 5,37$) $^\circ$, а у Г2 середнє значення становило $3,59 \pm 2,26^\circ$ при Me (25%; 75%) – $2,90$ ($1,50; 5,48$) $^\circ$.

Виконаний аналіз середньостатистичних результатів показників кута α_7 , що утворюється перетином вертикалі та відрізка між акроміоном і трохантеріоном, у групах дітей свідчить про відхилення від норми, а самі статистичні результати були наступні: показник кута α_7 у Г1 становив $2,75 \pm 1,57^\circ$, а у Г2 – $2,89 \pm 1,52^\circ$. Значення Me (25%; 75%) у групах для кута α_7 відповідно склали $2,93$ ($1,10; 3,82$) $^\circ$ і $3,05$ ($1,90; 3,89$) $^\circ$.

Кореляційний аналіз виявив зворотні пропорційні залежності у загальній групі дітей між кутом сагітальної площини α_2 та значеннями $PO_{\text{вид}}$ ($\rho = -0,33$, $p < 0,01$), OFB_1 ($\rho = -0,37$, $p < 0,01$), IT ($\rho = -0,45$, $p < 0,01$), $CO_{\text{Ш}}_{25-75}$ ($\rho = -0,38$, $p < 0,01$). Цей факт свідчить про негативний вплив грудного кіфозу на функціональний стан дихальної системи, як об'ємних так і швидкісних показників.

Позитивний кореляційний взаємозв'язок між кутами сагітальної та фронтальної площин встановлений у групі дітей Г2. Так кут α_3 достовірно корелює з кутами β_1 ($\rho = 0,37$, $p < 0,01$) і β_2 ($\rho = 0,37$, $p < 0,01$), що вказує на взаємозв'язок показників біогеометричного профілю постави у сагітальній і фронтальній площині.

ВИСНОВКИ

Біогеометричний профіль постави характеризувався наявністю відхилень як у сагітальній так і фронтальній площинах. Достовірні відмінності у групах встановлені лише за показником кута α_2 ($G_1 - 6,31 \pm 1,53^\circ$; $G_2 - 4,94 \pm 1,44^\circ$). Зазначимо, що для загальної вибірки дітей кут β_2 склав $3,64 \pm 1,12^\circ$, $\beta_3 - 4,90 \pm 1,70^\circ$, $\alpha_3 5,33 \pm 1,90^\circ$.

Розглянуті дані визначають можливості модифікацій стандартної програми фізичної реабілітації, спрямованість процесу та методикою комплексного впливу.

Перспективи подальшого розвитку в даному напрямку полягають у дослідженні динаміки показників біогеометричного профілю постави під впливом засобів фізичної реабілітації.

ЛІТЕРАТУРА

1. Антипкін Ю. Г. и др. Динаміка захворюваності та поширеності бронхолегеневої патології у дітей // Современная педиатрия. – 2016. – № 2. – С. 73-77.
2. Галаченко О.О. Ефективність санаторно-курортного лікування дітей, хворих на рецидивуючий бронхіт, з застосуванням радонових ванн та інгаляцій тіотриазоліну і N-ацетилцистеїну (клініко-експериментальне дослідження): автореф. дис... канд. мед. наук: 14.01.33 – медична реабілітація, фізіотерапія та курортологія / О.О. Галаченко ; Укр. НДІ мед. реабілітації та курортології. – О., 2008. – 24 с.
3. Голубова Т.Ф. Современные аспекты санаторно-курортной реабилитации детей и подростков с заболеваниями опорно-двигательного аппарата / Т. Ф. Голубова, В. Н. Прочан // Вестн. физиотерапии и курортологии. – 2004. – 10, № 2. – С. 92.
4. Демченко Л. В. Ступінь обізнаності батьків щодо застосування засобів фізичної реабілітації для дітей, які часто хворіють // Слобожанський науково-спортивний вісник. – 2016. – № 2. – С. 38-42.
5. Кашуба В. А. Биомеханика осанки / В. А. Кашуба. – К.: Олимпийская литература, 2003. – 279 с.
6. Комплексная реабилитация подростков с хронической бронхолегочной патологией / А.Ф. Неретина, Н.В. Иванникова, И.В. Эсаулова, Л.А. Кедрова / Пульмонология детского возраста: проблемы и решения. – М., 2003. – Выпуск 3. – С. 114-119.
7. Марушков В.И. Современные подходы к комплексному восстановительному лечению детей с частыми повторными заболеваниями органов дыхания / В.И. Марушков, И.М. Мельникова / Пульмонология детского возраста: проблемы и решения. – М., 2004. – Выпуск 4. – С. 113-122.
8. Морфофункциональное состояние миокарда левого желудочка у детей с рецидивирующим бронхитом / Е.Е. Пашкова, О.Е. Куцера, Т.В. Борисенко и др. / Патология. – 2010. – Т.7., №3. – С. 53–55.
9. Неретина А.Ф. Медицинская, психолого-педагогическая и социальная реабилитация детей с заболеваниями органов дыхания / А.Ф. Неретина, Ю.Л. Мизерницкий, Е.А. Олейник // Детская и подростковая реабилитация. – 2011. – № 2 (17). – С. 4–10.
10. Неретина А.Ф. Реабилитация детей, страдающих бронхиальной астмой / А.Ф. Неретина, Ю.Л. Мизерницкий, Т.В. Никулова / Пульмонология детского возраста: проблемы и решения. – М., 2005. – Выпуск 5. – С. 235-239.
11. Пілюйко Н.В. Ефективність санаторно-курортного лікування у дітей із рецидивуючими бронхітами / Н. В. Пілюйко // Науковий вісник Ужгородського університету, серія „Медицина”. – 2010. – Вип. 39. – С.84-87.
12. Реабилитация детей и подростков с заболеваниями органов дыхания, пищеварения, почек, сердечно-сосудистой системы и аллергическими болезнями в условиях поликлиники: учебно-методическое пособие / В.Ф. Жерносек, И.В. Василевский, Л.Г. Кожарская, В.Д. Юшко, М.В. Кабанова, О.В. Попова, А.П. Рубан, М.Е. Новикова ; под общ. ред. В.Ф. Жерносека. – Мн. : БелМАПО, 2007. – 198 с.
13. Сельська О.В. Особливості функціонального стану кардіореспіраторної системи у дітей дошкільного віку, хворих на рецидивуючий бронхіт: автореф. дис... канд. мед. наук 14.01.10 – педіатрія / О.В. Сельська ; Ін-т педіатрії, акушерства і гінекології АМН України. – К., 1998. – 16 с.
14. Современные подходы к проведению лечебно-реабилитационных мероприятий у детей с обструктивными формами бронхитов и бронхиальной астмой / С.А. Никифорова, А.В. Почивалов, Г.Н. Брежнев, Г.Н. Сорокин / Пульмонология детского возраста: проблемы и решения. – М., 2004. – Выпуск 4. – С. 110–113.
15. Торохтін О.М. Динаміка функціональних показників зовнішнього дихання як критерій ефективності терапевтичного впливу у дітей, котрі часто хворіють на неспецифічні запальні респіраторні захворювання / О.М. Торохтін, Г.І. Мороз, В.М. Біркович // Науковий вісник Ужгородського університету, серія «Медицина». – 2013. – Вип. 1 (46). – С. 44-50.
16. ЭргоТерапия. Руководство по использованию программы оценки состояния позвоночника. – Тегеран, 2002. – 28 с.
17. Umławska W. Growth, nutritional status, and pulmonary function in children with chronic recurrent bronchitis / W. Umławska, A. Lipowicz / Advances in Experimental Medicine and Biology. – 885. – 2016. – P. 1-9.

Дата надходження рукопису до редакції: 15.03.2018 р.

Показатели биогеометрического профиля осанки у детей младшего школьного возраста, больных рецидивирующим бронхитом

М.В. Сабодош, А.Ю. Гузак

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

Цель: оценить показатели биогеометрического профиля осанки у детей с рецидивирующим бронхитом.

Материалы и методы: обследовано 109 детей младшего школьного возраста. Был использован метод компьютерной фотометрии для исследования биогеометрического профиля осанки у детей; анализ специальной и научно-методической литературы; контент-анализ медицинской документации (результатов объективных исследований). Полученные данные были обработаны адекватными методами математической статистики.

Результаты: после данного исследования выявлено негативное влияние грудного кифоза на функциональное состояние дыхательной системы как объемных, так и скоростных показателей.

Выводы: биогеометрический профиль осанки характеризовался наличием отклонений как в сагиттальной, так и фронтальной плоскостях. Достоверные различия в группах установлены только по показателю угла α_2 , который отвечает за грудной кифоз.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: рецидивирующий бронхит, биогеометрический профиль осанки, фронтальная и сагиттальная плоскости.

Indicators of bio-geometric profile of posture of primary school age children with recurrent bronchitis

M.V. Sabadosh, O.Y. Huzak

State University "Uzhgorod National University"

Aim – to estimate indices of bio-geometric profile of posture of primary school age children with recurrent bronchitis.

Materials and methods: 109 primary school age children were examined. To provide clear analysis of bio-geometric profile of posture of primary school children were used the photometric method; analysis of special and scientific-methodical literature; content analysis of medical documentation (results of objective research). The obtained data were processed by adequate methods of mathematical statistics.

Results: on the basis of this research, it was discovered that there is the negative influence of thoracic kyphosis on the functional state of the respiratory system in both volumetric and velocity indicators.

Conclusions: bio-geometric profile of posture was characterized by the presence of deviations in both sagittal and frontal plane. The trustworthy information in groups is defined only by the angle indicator α_2 , which corresponds to the thoracic kyphosis.

KEY WORDS: recurrent bronchitis, bio-geometric profile of posture, frontal and sagittal plane.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ

Сабодош Мар'яна Володимирівна – к.н. з фізичного виховання та спорту, асистент кафедри фізичної реабілітації факультету здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ «Ужгородський національний університет», вул. Митна, 29, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

Гузак Олександра Юріївна – старший викладач кафедри фізичної реабілітації факультету здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ «Ужгородський національний університет», вул. Митна, 29, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

**Структурні компоненти системи професійної підготовленості
майбутніх фахівців галузі 22 «Охорона здоров'я»
спеціальності 227 «Фізична терапія, ерготерапія»**

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

Мета – вивчення структурних компонентів системи професійної підготовленості майбутніх фахівців спеціальності 227 «Фізична терапія, ерготерапія».

Матеріал та методи. Досягнення мети дослідження здійснювалося на основі використання наступних методів: теоретичний аналіз і узагальнення літературних джерел – метою проведення системного аналізу з питань діяльності майбутніх фахівців спеціальності 227 «Фізична терапія, ерготерапія»; анкетування, ранжування – використовували з метою визначення ієрархії значимості основних структурних компонентів системи професійної підготовленості фізичних терапевтів.

Результати. Системоутворюючим фактором системи підготовки фізичних терапевтів є мета та завдання. Метою є формування готовності майбутніх фахівців до професійної діяльності. Завдання – підготовка висококваліфікованих фізичних терапевтів, готових до успішної професійної діяльності в закладах медичного профілю. У статті розглянуто найбільш значимі структурні компоненти системи професійної підготовленості фахівців фізичної терапії, якими є розумові здібності, психологічна підготовленість, фізична працездатність, мотивація до роботи, етика та культура поведінки.

Висновки. Проведене дослідження дає можливість стверджувати, що з точки зору теорії системного підходу, у будь-якій професії існує власна система підготовки фахівців, яка складається з багатьох підсистем і в той же час – вона є підсистемою іншої системи більш високого порядку. Так, при підготовці фахівця спеціальності 227 «Фізична терапія, ерготерапія», можна виділити цілісну систему підготовки, яка є водночас підсистемою системи національної освіти і має у своїй структурі власні підсистеми підготовки.

Аналіз системи професійної підготовленості фахівців фізичної терапії, визначив найбільш значимі структурні компоненти цієї системи, якими є розумові здібності, психологічна підготовленість, фізична працездатність, мотивація до роботи, етика та культура поведінки. Ці компоненти слід розглядати як складові професійної підготовленості фізичних терапевтів.

Ключові слова: фізична терапія, охорона здоров'я, професійна діяльність, компоненти, підготовка.

ВСТУП

Приєднання України до Болонського процесу сприяє пошуку нових напрямів у розбудові сфери професійної освіти. Одним із таких напрямів сьогодні є саме фізична терапія, ерготерапія. Так, сфера діяльності фізичного терапевта має досить широкий діапазон. Фізичний терапевт: проводить обстеження пацієнтів/клієнтів з метою визначення реабілітаційного діагнозу, виявлення рухових дисфункцій та визначення рухового потенціалу; розробляє і виконує індивідуальний план фізичної терапії/реабілітації у співпраці з іншими спеціалістами (лікарями, соціальними працівниками, психологами, вчителями, тренерами) та пацієнтом/клієнтом; провадить наукову, адміністративну, викладацьку та консультативну діяльність [1, 4].

Базовою освітою українського фізичного терапевта є університетська програма із отриманням відповідного диплома. Підготовка фізичного терапевта повинна здійснюватися у вищих навчальних закладах III-IV рівнів акредитації за спеціальністю «фізична терапія, ерготерапія» за освітнім ступенем вищої освіти «бакалавр», «магістр». Клінічний досвід повинен здобутись через проходження клінічних практик у відповідних клініках із необхідними приміщеннями та обладнанням. Фахівці даної спеціальності мають можливість працювати в галузі охорони здоров'я: випускники зможуть бути працевлаштовані в лікувально-профілактичних установах, а також в санаторно-курортних закладах у складі мультидисциплінарної команди, для виконання функції підгострої реабілітації [2].

Підготовка майбутнього фізичного терапевта до професійної діяльності побудована відповідно до сучасних соціально-економічних вимог підготовки фахівця вищого навчального закладу, нових вимог щодо модернізації та оновлення змісту професійної підготовки студентів, особистісно зорієнтованого підходу до навчання. Професійна діяльність фізичного терапевта має складну структуру і значні відмінності від інших професій. Ця діяльність вимагає високого рівня знань в таких галузях, як медицина, психологія, анатомія, біологія, фізична культура і спорт. Володіння засобами, методами і формами реабілітаційного впливу/терапії; розвиненості психологічних та педагогічних здібностей; сформованості певних рис і якостей особистості, що в сукупності становлять його професійну компетентність [2, 4].

Сучасна науково-теоретична база дозволяє обґрунтувати професійно-кваліфікаційні вимоги до спеціаліста з будь-якого фаху, що в свою чергу дає змогу створити ефективну систему їх підготовки. Однак проблема полягає в тому, що на

сьогоднішній день ще не в повній мірі вивчено ієрархію структурних компонентів професійної підготовки майбутніх фахівців фізичної терапії. Отже навчальні програми їх підготовки потребують свого подальшого вдосконалення з урахуванням величини вкладу кожного компоненту у загальну структуру. Наші дослідження присвячені вивченню цієї проблеми.

Мета роботи – вивчення структурних компонентів системи професійної підготовки майбутніх фахівців спеціальності 227 «Фізична терапія, ерготерапія».

Для досягнення мети дослідження ми визначили такі **завдання**:

1. Дослідити особливості системи професійної підготовки майбутніх фізичних терапевтів.
2. Визначити значимості основних компонентів структури професійної підготовки майбутніх фахівців фізичної терапії.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Досягнення мети й вирішення сформульованих завдань дослідження здійснювалося на основі використання наступних методів: теоретичний аналіз і узагальнення літературних джерел – з метою проведення системного аналізу з питань діяльності майбутніх фахівців спеціальності 227 «Фізична терапія, ерготерапія»; анкетування, ранжування – використовували з метою визначення ієрархії значимості основних структурних компонентів системи професійної підготовки фізичного терапевта (до дослідження залучили 90 здобувачів вищої освіти ОС «магістрів» спеціальності 227 «Фізична терапія, ерготерапія», ДВНЗ «Ужгородський національний університет», факультет здоров'я та фізичного виховання).

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Основна мета підготовки фахівців галузі 22 «Охорона здоров'я» спеціальності 227 «Фізична терапія, ерготерапія», полягає у створенні системи, заснованої на інноваційних технологіях вищої освіти, що дозволяє досягти сучасної якості підготовки фахівця нового типу [5].

З точки зору теорії системного підходу, у будь-якій професії існує власна система підготовки фахівців, яка складається з багатьох підсистем і в той же час – вона є підсистемою іншої системи більш високого порядку. Так, у професії фахівця спеціальності «Фізична терапія, ерготерапія», можна виділити цілісну систему підготовки, яка є водночас підсистемою системи національної освіти і має у своїй структурі власні підсистеми підготовки фізичних терапевтів. Система професійної підготовки визначає структуру освітньо-навчальної роботи, тобто напрямки підготовки, навчальні дисципліни, об'єм навчального матеріалу з кожної дисципліни в загальному бюджеті навчального матеріалу. За посередництвом системутворюючого фактору вона також визначає структурні елементи професійної підготовки фахівця спеціальності «Фізична терапія, ерготерапія», тобто структуру професійно кваліфікаційних вимог, необхідний рівень сформованості і розвитку знань, вмінь, навичок, а також наявність здібностей для їх реалізації на практиці. Таким системоутворюючим фактором системи підготовки фізичних терапевтів є мета та завдання.

Метою є формування готовності майбутніх фахівців до професійної діяльності (професійна діяльність фізичного терапевта розвивається відповідно до вимог системи охорони здоров'я та потреб громад, і передбачає надання широкого спектру клінічних та позаклінічних послуг).

Завдання: підготовка висококваліфікованих фізичних терапевтів, готових до успішної професійної діяльності в закладах медичного профілю (лікувально-профілактичних установах та санаторно-курортних закладах у складі мультидисциплінарної команди).

Мета та завдання визначають структурні компоненти системи професійної підготовки фахівця, які впливають на вибір форм організації, засобів та методів підготовки. Обов'язковим елементом будь якої системи є оцінка повноти виконання завдань та мети, що дозволяє провести своєчасну корекцію недосконало працюючих компонентів структури (рис.).

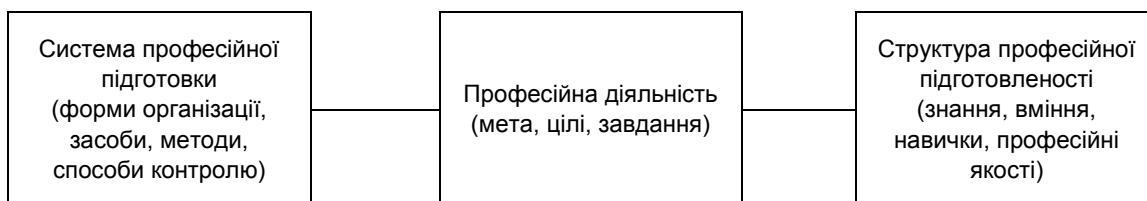


Рис. Мета та завдання професійної діяльності фахівців спеціальності 227 «Фізична терапія, ерготерапія» як системоутворюючий фактор системи його професійної підготовки та структури його професійної підготовки

Проблемою визначення складових структури професійної підготовки фахівців різних професій досліджувало багато вчених [3, 5]. Однак ця проблема через свою складність вирішена не в повній мірі. У доступних наукових джерелах особливо мало інформації про порівняльну значимість основних компонентів системи професійної підготовки

фізичних терапевтів. Для визначення значимості основних компонентів системи професійної підготовленості фахівця фізичної терапії було проведено анкетування. До дослідження залучили 90 здобувачів вищої освіти ОС «магістрів» спеціальності 227 «Фізична терапія, ерготерапія», ДВНЗ «Ужгородський національний університет», факультету здоров'я та фізичного виховання.

Респондентам була запропонована анкета, що містить перелік 50 професійно значимих структурних компонентів системи професійної підготовленості фахівців фізичної терапії. Студенти-магістри оцінювали за п'ятибальною шкалою значимість цих компонентів. Аналіз отриманих даних показав, що для фізичних терапевтів високу ступінь важливості мають 20 компонентів, що складає 40% від загального переліку. На підставі порівняння відсотків середніх значень значимих компонентів було проведено їх ранжування (табл.).

Таблиця
Ранжування значимих структурних компонентів професійної підготовленості фахівців спеціальності 227 «Фізична терапія, ерготерапія»

№	Найменування компонентів	% від загального переліку компонентів	Ранг
1	Розумові здібності	27%	I
2	Психологічна підготовленість	19%	II
3	Фізична працездатність	17%	III
4	Мотивація до професійної діяльності	16%	IV
5	Етика та культура поведінки	11%	V

В результаті ранжування виділено п'ять значимих структурних компонентів системи професійної підготовленості фахівців спеціальності «Фізична терапія, ерготерапія»: розумові здібності, психологічна підготовленість, фізична та психічна працездатність, мотивація до роботи, культура поведінки. Компонент «розумові здібності» виявився найбільш значимим у цій системі.

ВИСНОВКИ

Проведене дослідження дає можливість стверджувати, що з точки зору теорії системного підходу, у будь-якій професії існує власна система підготовки фахівців, яка складається з багатьох підсистем і в той же час – вона є підсистемою іншої системи більш високого порядку. Так, у фахівця спеціальності 227 «Фізична терапія, ерготерапія», можна виділити цілісну систему підготовки, яка є водночас підсистемою системи національної освіти і має у своїй структурі власні підсистеми підготовки.

Аналіз системи професійної підготовленості майбутніх фахівців фізичної терапії визначив найбільш значимі структурні компоненти цієї системи, якими є розумові здібності, психологічна підготовленість, рівень працездатності, мотивація до роботи, етика та культура поведінки. Ці компоненти слід розглядати як складові професійної підготовленості фізичних терапевтів.

Перспективи подальших досліджень ми вбачаємо у дослідженні професійних компетентностей майбутніх фахівців спеціальності 227 «Фізична терапія, ерготерапія».

ЛІТЕРАТУРА

1. Ерготерапія і життєдіяльність, 2013 – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.ergoterapia.wordpress.com/2013/01/30/ерготерапія-життєдіяльність>.
2. Кравчук Л.С. Фізична терапія, ерготерапія: тлумачення професійної діяльності / Л.С. Кравчук // Збірник наукових праць Хмельницького інституту соціальних технологій Університету «Україна». – 2017. – №13. – С. 37-40.
3. Суценок Л. П. Професійна підготовка майбутніх фахівців фізичного виховання та спорту (теоретико-методологічний аспект): монографія / Л. П. Суценок. – Запоріжжя: ЗДУ, 2003. – 442 с.
4. Українська асоціація фізичної терапії. Загальні питання фізичної реабілітації. Що таке ерготерапія? [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.physrehab.org.ua/forum/topic/83.html>.
5. Шиян Б. М. Теоретико-методичні основи підготовки вчителів фізичного виховання в педагогічних навчальних закладах: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня доктора пед. наук: спец. 13.00.04.

Дата надходження рукопису до редакції: 11.03.2018 р.

Структурные компоненты системы профессиональной подготовленности будущих специалистов отрасли 22 «Здравоохранение» специальности 227 «Физическая терапия, эрготерапия»

Е.Н. Сивохоп, Е.Е. Сивохоп, В.А. Степчук

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

Цель – изучение структурных компонентов системы профессиональной подготовленности будущих специалистов, специальности 227 «Физическая терапия, эрготерапия».

Материалы и методы. Достижение цели исследования осуществлялось на основе использования следующих методов: теоретический анализ и обобщение литературных источников – целью проведения системного анализа по вопросам деятельности будущих специалистов, специальности 227 «Физическая терапия, эрготерапия»; анкетирование, ранжирование – использовались с целью определения иерархии значимости основных структурных компонентов системы профессиональной подготовленности физического терапевта.

Результаты. Системообразующим фактором системы подготовки физических терапевтов относится: цель и задачи. Целью является формирование готовности будущих специалистов к профессиональной деятельности. Задача – подготовка высококвалифицированных физических терапевтов, готовых к успешной профессиональной деятельности в учреждениях медицинского профиля. В статье рассмотрены наиболее значимые структурные компоненты системы профессиональной подготовленности специалистов физической терапии: умственные способности, психологическая подготовленность, физическая работоспособность, мотивация к работе, этика и культура поведения.

Выводы. Проведенное исследование позволяет утверждать, что с точки зрения теории системного подхода, в любой профессии существует собственная система подготовки специалистов, которая состоит из многих подсистем и в то же время – она является подсистемой другой системы более высокого порядка. Так, у специалиста специальности 227 «Физическая терапия, эрготерапия», можно выделить целостную систему подготовки, которая является одновременно подсистемой системы национального образования и имеет в своей структуре собственные подсистемы подготовки.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: физическая терапия, здравоохранение, профессиональная деятельность, компоненты, подготовка.

Structural components of the system of professional preparation of future specialists of the field 22 "Health care" of specialty 227 "Physical therapy, ergotherapy"

E.M. Syvokhop, E.E. Syvokhop, V.A. Stepchuk

State University "Uzhhorod National University", Uzhhorod, Ukraine

Purpose. The goal is to study the structural components of the system of professional preparation of future specialists 227 "Physical therapy, ergotherapy".

Methods. The goal of the research was achieved on the basis of the following methods: theoretical analysis and generalization of literary sources – the purpose of conducting a system analysis on the activities of future specialists in specialty 227 "Physical therapy, ergotherapy"; questioning, ranking – used to determine the hierarchy of the importance of the basic structural components of the professional fitness system of the physical therapist.

Results. System-forming factor of the system of training physical therapists: the purpose and objectives. The goal is the formation of readiness of future specialists for professional activities. The task is the preparation of highly qualified physical therapists who are ready for successful professional work in medical institutions. The article considers the most significant structural components of the system of professional preparation of specialists in physical therapy; mental abilities, psychological preparation, physical working capacity, motivation to work, ethics and culture of behavior.

Conclusions. The carried out research allows to assert that from the point of view of the theory of the system approach, in any profession there is an own system of training specialists, which consists of many subsystems and at the same time – it is a subsystem of another system of a higher order. So, the specialist of specialty 227 "Physical therapy, ergotherapy" can identify an integrated system of training, which is simultaneously a subsystem of the national education system and has in its structure its own training subsystems.

KEY WORDS: physical therapy, health care, professional activity, components, preparation.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ

Сивохоп Едуард Миколайович – кандидат педагогічних наук, доцент кафедри теорії і методики фізичного виховання, ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м.Ужгород, вул. І. Франка 1, Україна.

Сивохоп Ерік Едуардович – магістр першого року навчання, факультет здоров'я та фізичного виховання, ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, вул. І. Франка 1, Україна.

Степчук Віктор Олександрович – бакалавр третього курсу, факультет здоров'я та фізичного виховання, ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, вул. І. Франка 1, Україна.

Застосування засобів фізичної реабілітації при хірургічному лікуванні туберкульозу легень в ранньому післяопераційному періоді

Державний вищий навчальний заклад «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна

Мета: підвищення ефективності лікування та реабілітації хворих на хронічний туберкульоз після торакопластичних операцій в ранньому післяопераційному періоді шляхом розроблення і апробування комплексної програми фізичної реабілітації хворих цієї патології.

Матеріали та методи дослідження. Підбрано і проаналізовано понад 15 науково-методичних літературних джерел з проблеми застосування засобів фізичної реабілітації при хірургічному лікуванні туберкульозу легень. Тонометрія, пульсометрія, функціональні проби Штанге та Генчі.

Результати дослідження, висновки. Висвітлено ефективність застосування засобів і методів фізичної реабілітації хворим після торакопластичних операцій у ранньому післяопераційному періоді. Виконання торакопластики спричиняє істотне напруження резервів компенсації системи кровообігу й дихання (збільшення частоти серцевих скорочень на 41,6% при зниженні систолічного артеріального тиску на 5,6%, діастолічного – на 15,9%; прискорення частоти дихання на 62,7%, скорочення проби Штанге на 59,1%, проби Генчі – на 55,2%). Застосування розробленого комплексу заходів фізичної реабілітації у пацієнтів після первинної екстраплевральної торакопластики з приводу туберкульозу легень забезпечило досягнення, в контрольні терміни, відновлення загальних параметрів дихання і серцево-судинної системи, достовірно кращої переносимості фізичного навантаження, відновлення об'ємів руху шиї й поясу верхніх кінцівок, попередження сколіозу хребта, відновлення адекватного загального стану, самопочуття, задовільної якості життя.

Ключові слова: фізична реабілітація, туберкульоз легень, торакопластика, лікувальна фізкультура, масаж.

ВСТУП

Прогрес медичної науки протягом останніх десятиріч сприяв істотному розширенню можливостей виконання в грудній хірургії оперативних втручань, що раніше були технічно недоступними. Одним з видів таких хірургічних втручань є торакопластичні операції. Вони застосовуються при ліквідації ускладнень раніше виконаних операцій на легенях та при лікуванні хворих на поширений і ускладнений туберкульоз легень [3, 11]. Ці операції виконуються під загальним знеболенням з штучною вентиляцією легень, є технічно складними, довготривалими, травматичними, здійснюються на фоні значних порушень в організмі та рухових дисфункцій, обумовлених тяжким і тривалим захворюванням [8]. Під час операції перетинаються значні м'язові масиви, видаляються фрагменти ребер, що у післяопераційному періоді може спричинити м'язовий дисбаланс, дистрофію чи атрофію окремих груп м'язів, рухові порушення та порушення функції серця й легеневої вентиляції [7, 9].

Наслідком торакопластичних операцій є істотне порушення реберного каркасу, що, при несприятливому перебігу, може стати причиною порушень з боку хребта, плечового поясу на стороні операції, постави, а також порушення функціонування внутрішніх органів. У сукупності, зазначені порушення можуть спричинити тяжку інвалідизацію, істотно погіршити якість життя і стати причиною передчасної смерті [2, 12]. У 15–50% оперованих осіб виникають різного ступеню функціональні порушення у вигляді обмеження об'єму рухів верхніх кінцівок, тулуба, низьких резервів дихальної та серцево-судинної систем щодо реакції на фізичне навантаження, які, з плином часу, набувають характеру необоротних органічних змін [1, 4].

У спеціальній літературі як клінічного медичного, так і фізично-реабілітаційного напрямків, зустрічаються окремі повідомлення про заходи по корекції порушень, спричинених торакопластичними операціями. Однак, системного підходу у даному напрямку досі не спостерігалось. Існуючі розробки по фізичній реабілітації не забезпечують достатнього рівня якості на фоні розширення об'єму сучасних хірургічних втручань. Проблемою є відсутність адекватних критеріїв оцінки ступеню післяопераційних анатомічних та функціональних порушень, згідно яких можна було б визначати вид та об'єм реабілітаційних заходів.

Таким чином:

- питання забезпечення адекватної реабілітації у осіб, що перенесли торакопластичні операції, є гостро актуальним;
- загальна ефективність торакопластичних операцій істотно знижується за рахунок віддалених ускладнень, обумовлених анатомо-функціональними порушеннями, спричиненими характером операції;
- існуючі розробки щодо програм фізичної післяопераційної реабілітації зазначеного контингенту не відповідають сучасним вимогам;

– існує необхідність у визначенні критеріїв ступеню виразності післяопераційних анатоμο-функціональних порушень та ефективності застосованих реабілітаційних заходів.

Метою роботи було підвищення ефективності лікування та реабілітації хворих на хронічний туберкульоз після торакопластичних операцій в ранньому післяопераційному періоді шляхом розроблення і апробування комплексної програми фізичної реабілітації хворих цієї патології.

Основні завдання роботи:

1. Проаналізувати та узагальнити дані літературних джерел з проблеми застосування засобів фізичної реабілітації при хірургічному лікуванні туберкульозу легень в ранньому післяопераційному періоді.
2. Визначити функціональний стан організму хворих після торакопластичних операцій.
3. Розробити програму фізичної реабілітації та методичні підходи до її індивідуалізації.
4. Вивчити вплив розробленої програми фізичної реабілітації на загальний стан організму та рівень основних аспектів якості життя.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для вирішення сформульованих завдань нами був використаний метод аналізу та синтезу спеціальної науково-методичної літератури. Підібрано і проаналізовано понад 15 науково-методичних літературних джерел з проблеми застосування засобів фізичної реабілітації при хірургічному лікуванні туберкульозу легень. Застосовувалися вимірювання артеріального тиску (тонометрія), визначення частоти серцевих скорочень (пульсометрія), функціональні проби Штанге (тривалість затримки дихання після глибокого вдиху, норма – 60-90 с) та Генчі (тривалість затримки дихання після глибокого видиху, норма – 30-45 с).

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Обстежено 40 хворих на туберкульоз легень, яким була виконана первинна екстраплевральна торакопластика. Пацієнти були розподілені на дві групи по 20 осіб. З метою досягнення максимальної однорідності груп обстежилися тільки чоловіки у віці 30-39 років, без супутньої патології, при плановому виконанні й відсутності відмінностей у методиці операції, звичайному веденні раннього післяопераційного періоду.

Основна група відрізнялася проведенням розробленого комплексу реабілітаційних заходів один раз на день протягом усього терміну перебування в стаціонарі (28-35 діб). За основу було взято реабілітаційний комплекс, рекомендований після виконання резекцій легень з приводу туберкульозу із задньо-бокового доступу. Він включав рухові фізичні вправи, волого-масляні ультразвукові інгаляції. В групі порівняння проводилися загальноприйняті заходи рухової й дихальної реабілітації.

Метою зазначеного реабілітаційного комплексу було:

- попередження порушень бронхіальної прохідності (можливі наслідки порушень – ателектаз, гіпоксія, артеріо-венозне шунтування, легенево-серцева недостатність, гіпоксичні поліорганні порушення);
- прискорення гоєння й відновлення функції м'язів та м'яких тканин, які травмувалися під час оперативного втручання;
- компенсація функції органів опорно-рухового апарату, які були анатомічно втрачені внаслідок перенесеної операції.

В ранньому післяопераційному періоді застосування реабілітаційного комплексу вводилося поетапно.

В *першу добу* після операції можливості фізичної активності пацієнта були найбільш обмежені, крім того, обмежуючим фактором була наявність дренажу в підлопаточному просторі. Відповідно, пацієнтам обох груп проводилися загальні реабілітаційні заходи в щадному режимі, орієнтуючись на больові відчуття. Масажи процедури обмежувалися тільки загальним масажем. Хворий тричі на день під контролем медичного персоналу переводився в положення сидячи на 2-3 хв., при цьому виконувалися процедури поступального дренажу, які можна виконати тільки в положенні сидячи (взагалі пацієнт перебував у напівлежачому положенні, характерному для раннього післяопераційного періоду після торакопластики). Один раз на день хворий піднімався на ноги в положення стоячи (в т. ч. – з метою оцінки функціонального стану кардіореспіраторної системи та загальних резервів компенсації післяопераційних порушень).

На *другу добу*, дренаж, як правило, видалявся, що давало змогу для збільшення рухової активності пацієнта. До попереднього об'єму навантаження додавалися вправи з мінімальним навантаженням в попередньому, навчально-тренувальному режимі.

Враховуючи наявність специфічної для торакопластики пов'язки, та больових відчуттів в області післяопераційної рани, обмежувалися загальним та неповним сегментарно-рефлекторним масажем.

З початку відновлення повної рухової активності (5-6 доба після операції), хворий переводився з відділення інтенсивної терапії до загального відділення. Починаючи з цього періоду, хворий виконував ті ж самі вправи, але в положенні стоячи. Вправи для ніг полягали в ходьбі на місці й ходьбі в рухові. Ходьба в рухові в групі порівняння виконувалася за традиційною методикою.

1. В основній групі, тренування проводилося за схемою навчання виконанню човникового тесту, що забезпечувало контрольоване дозування навантаження при ходьбі в рухові, орієнтуючись на частоту дихання та частоту серцевих скорочень (перехід до наступного рівня виконувалася, коли виконання попереднього рівня не спричиняло

задишки та приросту частоти серцевих скорочень більш, ніж 30%). Максимально тест використовувався до 8 рівня, враховуючи перенесене оперативне втручання.

В основній групі, на відміну від групи порівняння, пацієнту призначалися додаткові вправи, направлені на відновлення об'єму рухів у плечовому суглобі.

2. Вихідне положення – стоячи з опущеною рукою долонею до стегна, боком, поряд зі стінкою. Відводиться рука так, щоб досягнути стінки, переступаючи пальцями, виконується вертикальний рух вгору з прямою рукою до появи больових відчуттів; досягнута висота відмічається. Завдання ставиться таким чином, щоб протягом дня, у 3-4 підходи збільшити досягнуту висоту на 1–2 см (що також відмічається).

3. Вихідне положення – стоячи обличчям до стіни. Виконується така ж вправа при долоні, опущеній вниз.

Інгаляції й постуральний дренаж, як правило, продовжували до припинення активного відходження мокротиння. Масаж продовжували протягом 12–14 днів після операції.

Загальна оцінка ефективності фізичної реабілітації у пацієнтів, яким була виконана екстраплевральна верхньо-задня торакопластика з приводу туберкульозу легень, проводилася у відповідності з раніше обґрунтованими критеріями. За отриманими даними обстеження, порівнювалися співвідповідні показники у пацієнтів, яким проводилися заходи післяопераційної реабілітації згідно розробки (основна група) та пацієнтів, які мали стандартне ведення раннього післяопераційного періоду (група порівняння).

З метою оцінки загального стану кардіореспіраторної системи, в процесі післяопераційної реабілітації, досліджувалися загальні параметри серцево-судинної діяльності та дихання. Обстеження проводилося в стані спокою, до операції, а також на 14-у й 28-у добу післяопераційного періоду. Результати дослідження наведені в табл.

Таблиця

Динаміка загальних параметрів серцево-судинної діяльності та дихання в процесі раннього післяопераційного періоду у осіб після верхньозадньої екстраплевральної торакопластики

Показник	Основна група		Група порівняння	
	До операції	14 доба після операції	До операції	14 доба після операції
Артеріальний тиск систолічний, мм рт. ст.	127,8 ± 9,4	125,7 ± 9,6	127,0 ± 9,3	119,9 ± 9,8
Артеріальний тиск діастолічний, мм рт. ст.	82,4 ± 8,5	72,5 ± 9,1	81,9 ± 8,0	68,9 ± 8,9
Частота серцевих скорочень, хв. ⁻¹	74,5 ± 8,1	96,8 ± 9,1	73,8 ± 7,9	104,5 ± 8,9*
Частота дихання, хв. ⁻¹	16,2 ± 2,1	21,3 ± 3,2	16,1 ± 2,0	26,2 ± 3,3*
Проба Штанге, с	58,7 ± 7,5	35,7 ± 8,2*	57,9 ± 7,4	23,7 ± 9,4*
Проба Генчі, с	35,4 ± 3,4	22,9 ± 4,4*	36,6 ± 3,4	16,4 ± 3,1*

Примітка: * – достовірна відмінність від нормальної величини (p<0,05).

Аналіз отриманих результатів (таблиця) засвідчив наступне. Спостерігалася тенденція до зниження артеріального тиску та прискорення ЧСС після операції в обох групах. При цьому зазначена тенденція в групі порівняння була більш виразною, а прискорення ЧСС набуло достовірної відмінності до 14-ї доби після операції. В той же час, до терміну в чотири тижні після операції, динаміка спрямовувалася до відновлення доопераційних значень в обох групах, однак більш виразно – в основній групі. Частота дихання достовірно підвищувалася у пацієнтів групи порівняння. Так само погіршувалися результати функціональних дихальних проб Штанге та Генчі: однак в основній групі зазначені показники погіршувалися менш глибоко й, практично, відновлювалися на кінцевий термін спостереження, тоді як в групі порівняння, в зазначений термін, вони залишалися достовірно нижчими. В цілому, при інтегральному розгляді динаміки загальних параметрів серцево-судинної діяльності та дихання, засвідчено істотно вище напруження резервів підтримання гомеостазу у пацієнтів групи порівняння.

ВИСНОВКИ

1. Виконання екстраплевральної торакопластики спричиняє істотне порушення реберного дихання на боці операції, порушення, не менш, ніж на період загоєння, рухів шийного відділу хребта, рухів плеча на оперованій стороні в зв'язку зі зміною положення лопатки та травмуванням м'язів, що рухають лопатку, порушення рівноваги грудного відділу хребта в зв'язку з появою асиметричного навантаження.

2. Виконання торакопластики спричиняє істотне напруження резервів компенсації системи кровообігу й дихання (збільшення частоти серцевих скорочень на 41,6% при зниженні систолічного артеріального тиску на 5,6%, діастолічного – на 15,9%; прискорення частоти дихання на 62,7%, скорочення проби Штанге на 59,1%, проби Генчі – на 55,2%).

3. Застосування розробленого комплексу заходів фізичної реабілітації у пацієнтів після первинної екстраплевральної торакопластики з приводу туберкульозу легень забезпечило досягнення, в контрольні терміни, відновлення загальних параметрів дихання і серцево-судинної системи, достовірно кращої переносимості фізичного навантаження, відновлення об'ємів руху шиї й поясу верхніх кінцівок, попередження сколіозу хребта, відновлення адекватного загального стану, самопочуття, задовільної якості життя.

Перспективи подальших досліджень: вважаємо доцільним вивчення ефективності застосування засобів фізичної реабілітації в післялікарняному періоді.

ЛІТЕРАТУРА

1. Вовканич А. Лікувальна фізична культура при захворюваннях дихальної системи / А. Вовканич, О. Романчик // Молода спортивна наука України. – Вип. 10. – Т. 4, № 2. – Львів: Українські технології, 2006. – С. 31-35.
2. Гордиенко С. М. Туберкулез: оценка ситуации / С. М. Гордиенко // Здоровье Украины. - 2004. - № 22. – С. 16-17.
3. Григус І. М. Фізична реабілітація при захворюваннях дихальної системи: [навч.-метод. посіб.] / І. М. Григус. – Львів, 2006. – 160 с.
4. Івасик Н. О. Фізична реабілітація при порушеннях органів дихання: [навч. посіб. для студ. вищих навч. закл. фізкультурного профілю] / Н. О. Івасик. – Львів, 2007. – 166 с.
5. Калмикова Ю. С. Методики лікувальної фізкультури в реабілітації хворих на туберкульоз легень / Ю. С. Калмикова, С. А. Калмиков // Харківська державна академія фізичної культури. – 2016. – № 3. – С. 28-35.
6. Ковганко А. А. Актуальные вопросы санаторно-курортного лечения больных туберкулезом / А. А. Ковганко, П. А. Ковганко // Вестник физиотерапии и курортологии. – 2007. – № 2. – С. 109-111.
7. Наказ МОЗ України 04.09.2014 р. № 620 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги дорослим. Туберкульоз». – К. : НВП Поліграфсервіс, 2014. – С. 121.
8. Нізова Н. М. Туберкульоз в Україні: [аналітично- статистичний довідник] / Н.М. Нізова, О.В. Павлова, А.М. Щербінська [та ін.]. – К. : Бланк-Прес, 2015. – 139 с.
9. Опанасенко М. С. Результати хірургічного лікування туберкульозу легень в сучасних умовах / М.С. Опанасенко, О.В. Терешкович, М.І. Калениченко // Укр. пульмонологічний журнал. – 2015. – № 2. – С. 72-80.
10. Савенков, Ю. Ф. Значение торакопластики в излечении больных лекарственно-устойчивым туберкулезом / Ю.Ф. Савенков, П.Е. Бакулин // Укр. пульмонолог. журнал. – 2007. – № 2. – С. 37–39.
11. Секела М. В. Практична торакальна хірургія.–Львів: Логос, 2003.–315 с.
12. Феценко Ю. І. Стан надання фізіотерапевтичної допомоги населенню України // Укр. пульмонолог. журнал. – 2008. – №3. – С. 5-8.
13. Canetti G. A. Treatment of multidrug-resistant tuberculosis: evidence and controversies // Int. J. Tuberc. Lung Dis. – 2006. – Vol.10, № 8. – P. 829-837.
14. Comparison of oxygen up take during a conventional treadmill test and the shuttle test in chronic air flow limitation / S.J. Singh, M.D.L. Morgan, A.E. Hardman et.al. // Eur. Respir. J. – 1994.- № 7. – P. 2016 – 2020.
15. Donner C.F., Decramer M. Pulmonary Rehabilitation. The European Respiratory Monograph. – March 2000. – № 13. – 200 p.

Дата надходження рукопису до редакції: 22.03.2018 р.

Использование средств физической реабилитации при хирургическом лечении туберкулеза легких в раннем послеоперационном периоде

А.П. Сливак

Государственное высшее учебное заведение «Ужгородский национальный университет»

Цель: повышение эффективности лечения и реабилитации больных хроническим туберкулезом после торакопластических операций в раннем послеоперационном периоде путем разработки и апробирования комплексной программы физической реабилитации больных этой патологии.

Материалы и методы исследования. Подобрано и проанализировано более 15 научно-методических литературных источников по проблеме применения средств физической реабилитации при хирургическом лечении туберкулеза легких. Тонометрия, пульсометрия, функциональные пробы Штанге и Генчи.

Результаты исследования, выводы. Освещены эффективность применения средств и методов физической реабилитации больным после торакопластических операций в раннем послеоперационном периоде. Выполнение торакопластики вызывает существенное напряжение резервов компенсации системы кровообращения и дыхания (увеличение частоты сердечных сокращений на 41,6% при снижении систолического артериального давления на 5,6%, диастолического – на 15,9%, ускорение частоты дыхания на 62,7%, сокращение пробы Штанге на 59,1%, пробы Генчи – на 55,2%). Применение разработанного комплекса физической реабилитации у пациентов после первичной экстраплевральной торакопластики по поводу туберкулеза легких обеспечило достижения, в контрольные сроки, восстановление общих параметров дыхания и сердечно-сосудистой системы, достоверно лучшей переносимости

физической нагрузки, восстановление объемов движения шеи и пояса верхних конечностей, предупреждения сколиоза позвоночника, восстановления адекватного общего состояния, самочувствия, удовлетворительного качества жизни.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: физическая реабилитация, туберкулез легких, торакопластика, лечебная физкультура, массаж.

Use of physical rehabilitation in the surgical treatment of pulmonary tuberculosis in the early postoperative period

Antonina Spivak

State Higher Educational Institution "Uzhhorod National University"

Goal: to increase the effectiveness of treatment and rehabilitation of patients with chronic tuberculosis after thoracoplasty operations in the early postoperative period by developing and testing a comprehensive program for physical rehabilitation of patients with this pathology.

Materials and methods of research. More than 15 scientific and methodical literary sources have been selected and analyzed on the problem of the use of means of physical rehabilitation in surgical treatment of pulmonary tuberculosis. Tonometry, pulsometry, functional tests Shtange and Genci.

Results of the study, conclusions. The efficiency of application of means and methods of physical rehabilitation in patients after thoracoplasty operations in the early postoperative period is described. Performing the thoracoplasty causes a significant stress balance of the compensation of the blood circulation and respiration (increase of heart rate by 41,6% with reduction of systolic blood pressure by 5.6%, diastolic – by 15.9%, acceleration of respiratory rate by 62.7%, reduction a Stange sample of 59.1%, a Genci sample of 55.2%). The application of the developed complex of physical rehabilitation measures in patients after primary extra-pleural torrapoplasty with regard to pulmonary tuberculosis ensured the achievement of controlled respiratory parameters and cardiovascular system, prevention of scoliosis of the spine, restoration of adequate general condition, well-being, satisfactory quality of life.

KEY WORDS: physical rehabilitation, pulmonary tuberculosis, thoracoplasty, physiotherapy, massage.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРА

Співак Антоніна Петрівна – заступник декана з виховної роботи, старший викладач кафедри фізичного виховання факультету здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ «УжНУ»; 88000, м. Ужгород, пл. Народна, 3.

Нетрадиційні види оздоровчої фізичної культури в освітній галузі

Національний технічний університет України «Київський політехнічний інститут ім. Ігоря Сікорського»,
м. Київ, Україна

Засоби саморегуляції древніх і сучасних психосоматичних систем позитивно впливають на загальний функціональний стан організму людини. Вони успішно використовуються в якості лікувальних, реабілітаційних засобів, а також в якості тренувальних засобів спортсменів, підготовки кадрів екстремальних видів діяльності, але недостатньо застосовуються в фізичному вихованні студентів вузів, що визначило **мету дослідження**: вивчення характеристик нетрадиційних видів оздоровчої фізичної культури з елементами психосоматичних систем у сучасній освітній галузі. Завдання дослідження – визначення поняття «нетрадиційні види оздоровчої фізичної культури» з елементами психосоматичних систем, що використовуються в сучасній освітній галузі та їх характеристик вирішувалися методами логіко-теоретичного аналізу сучасних досліджень зарубіжних і вітчизняних фахівців освітньої галузі, науково-методичної літератури та інших інформаційних джерел. Аналіз наукових досліджень у галузі фізичного виховання студентів вищих учбових закладів показав, що застосування засобів давніх індійських, китайських, японських, тибетських та інших психосоматичних систем набуло поширення в освітній царині.

Висновки. В результаті дослідження не виявлено однакості серед фахівців освітньої галузі, як у визначенні поняття «нетрадиційні види оздоровчої фізичної культури», так і їх видів. Спостерігається зростання розмаїття нетрадиційних видів оздоровчої фізичної культури, що використовуються в освітній галузі, та їх популярності. Актуальні: вдосконалення програм освітньої галузі за рахунок навчальної дисципліни «Нетрадиційні види оздоровчої фізичної культури» та підготовка компетентних фахівців з цієї дисципліни.

Ключові слова: нетрадиційні види оздоровчої фізичної культури, елементи психосоматичних систем, фізичне виховання, учбові заклади.

ВСТУП

У сучасних умовах зміни соціальної структури суспільства і зовнішніх загроз актуально вирішення проблеми формування культури здоров'я населення України доступними засобами, зокрема психосоматичними засобами [9] оздоровчої фізичної культури.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Аналіз наукових досліджень у галузі фізичного виховання студентів вищих учбових закладів (О. Постол, В. Пічурін, Н. Лутаєва, О. Доценко, О. Даниленко, О. Тозик, Е. Мудриєвська, А. Гречко, В. Загорська, Р. Чудна та ін.) показав, що застосування засобів з елементами психосоматичних систем набуло поширення в освітній царині. Це елементи йоги, різні види дихальної гімнастики, китайська оздоровча гімнастика бадуаньцзін, гімнастика для рук і долонь японського лікаря Йосиро Цуцумі, тибетська гімнастика до-ін та ін. Такі засоби фахівці кваліфікують, як «нетрадиційні засоби фізичного виховання» [1], «нетрадиційні види фізичної культури» [2, 4], «нетрадиційні фізичні вправи» [5], «нетрадиційні види гімнастики» [7], «нетрадиційні види оздоровчої фізичної культури» [10] (НВОФК), останнє визначення використовуємо у подальшому дослідженні. Вивченню характеристик НВОФК з елементами психосоматичних систем в освітній галузі приділялося недостатньо уваги науковців.

Метою статті є вивчення характеристик нетрадиційних видів оздоровчої фізичної культури з елементами психосоматичних систем у сучасній освітній галузі.

Завдання дослідження: визначення поняття «нетрадиційні види оздоровчої фізичної культури», вивчення характеристик нетрадиційних видів оздоровчої фізичної культури з елементами психосоматичних систем, що використовуються в сучасній освітній галузі.

Методи дослідження: логіко-теоретичний аналіз досліджень зарубіжних і вітчизняних фахівців освітньої галузі, науково-методичної літератури та інших інформаційних джерел.

ВИКЛАД ОСНОВНОГО МАТЕРІАЛУ

В результаті дослідження виявлене наступне: до нетрадиційних видів фізичної культури [4] (Республіка Казахстан) відносить футбол, атлетичну гімнастику, степ-аеробіку, йогу, пілатес; до нетрадиційних видів оздоровчої гімнастики [7] (Росія) відносить елементи хатха-йоги, китайську оздоровчу гімнастику бадуаньцзін, гімнастику для рук і долонь японського лікаря Йосиро Цуцумі, тибетську гімнастику до-ін.; такі засоби фізичного виховання, як йога, тай-чи, цигун, дихальні практики, аутогенне тренування [1] (Україна) відносить до нетрадиційних видів фізичної культури і відмічає, що вони набувають все більшої популярності серед студентської молоді у якості рекреаційних засобів фізичного виховання.

В огляді досліджень з НВОФК і їх місця у системі вищих учбових закладів [2] (Республіка Білорусь) наводиться значний ряд, як оздоровчих засобів (ритмічна гімнастика, аеробіка, гімнастика йоґів, ушу, дихальна гімнастика та ін.), їх класифікацій, наголошується на невизначеності терміну, що кваліфікує нетрадиційні оздоровчі засоби фізичної культури.

Класифікація нетрадиційних оздоровчих видів гімнастики [7] поділяє їх на 3 групи: танцювальні рухи (ритмічна гімнастика, жіноча гімнастика, аеробіка, джаз-гімнастика, диско-гімнастика, модерн-гімнастика); цілеспрямований розвиток форм тіла або функцій організму (атлетична гімнастика, гімнастика, фітнес, шейпінг, стретчинг, дихальні і косметичні види гімнастики); вдосконалення тіла за допомогою спеціальних гімнастичних вправ, що базуються на основі східних філософських систем (йоґа, тайцзицюань, цигун).

Фахівцями освітньої галузі досліджувалися різні аспекти НВОФК. Йоґа і пілатес, за результатами досліджень [4], найбільш популярні НВОФК серед студентів Іноваційного Євразійського університету м. Павлодар Республіки Казахстан. У студентської молоді Республіки Білорусь популярні НВОФК, що базуються на танцювальних рухах (ритмічна гімнастика, базова (класична) аеробіка, степ-аеробіка, танцювальна аеробіка, фанк-аеробіка, хіп-хоп, латино-аеробіка, афро-аеробіка, самба-аеробіка), цілеспрямованому розвитку тіла або певних функцій організму (атлетична гімнастика, калланетика, шейпінг, стретчинг, пілатес), дихальних вправах (системи А. Стрельникової, Ю. Буланової, О. Лобанової, Е. Лукьянкової, Г. Чайлдерс, С. Кучкіна, П. Бреґга) [2].

Фахівцями освітньої галузі досліджувалися різні аспекти впливу занять з фізичного виховання з елементами системи пілатес. Досліджувалися: теоретичне обґрунтування засобів і методів фізичної підготовленості студентів за методом пілатес (О. Ковтун), використання методу пілатес у якості засобу зміцнення та відновлення фізичної активності (А. Ісаєва, Д. Соболев), обґрунтування програми занять студентської молоді за системою пілатес (О. Шишкіна, І. Бейгул, М. Скабицький), ефективність використання засобів системи пілатес в оздоровленні студентів спеціальних медичних груп (Л. Євдокімова, Т. Маґера), методи та засоби розвитку фізичних якостей в заняттях по системі пілатес (Д. Ковальчук). Експериментальне дослідження особливостей впливу занять за системою пілатес на рівень фізичної підготовленості студенток 18-19 років груп спортивно-педагогічного вдосконалення спеціалізації аеробіка факультету фізичного виховання Запорізького національного університету, які регулярно відвідували заняття 2 рази на тиждень тривалістю кожного заняття по 2 академічні години, дозволили Е. Черненко констатувати покращення результатів у всіх тестових вправах за найбільшого відносного приросту результатів у тестах, що характеризували рівень розвитку гнучкості, сили і рівноваги.

Фахівці з фізичного виховання вважають за доцільне урізноманітнення учбових програм студентів вузів елементами йоґи (В. Загорська, П. Скрипник, Л. Артем'єва, Ж. Белікова, О. Кириченко, О. Терьохіна, Н. Горобей, В. Гавриленко, К. Алєєва, Е. Гільфанова) і медитаційних технологій (В. Дюков, Н. Скурихіна).

НВОФК з елементами хатха-йоґи, дихальної гімнастики, китайської оздоровчої гімнастики бадуаньцзин, гімнастики Йосиро Цуцумі, тибетської гімнастики до-ін у комплексі з традиційними видами фізичної культури увійшли до змісту навчальної програми з фізичного виховання студентів Морського державного університету імені адм. Г.І. Невельського [6]. Схема занять: підготовча частина (20 хв.), дихальні вправи капалахаті і повне дихання (10 хв.), асани (15 хв.), стато-динамічний комплекс асан (30 хв.), релаксація (10 хв.), дихальні вправи (5 хв.).

За результатами досліджень О. С. Даниленко, застосування 45-хвилинного комплексу гімнастики хатха-йоґи у структурі занять з фізичного виховання за державною програмою вузів, позитивно вплинуло на фізичну підготовку і функціональний стан студенток Гомельського державного університету ім. Ф. Скорини, сприяло підвищенню їх інтересу до занять фізичним вихованням. Структура занять: підготовча частина – комплекс дихальної гімнастики хатха-йоґи (10–15 хв.); основна частина – практика комплексу з 15 асан хатха-йоґи, що раніше були освоєні, та освоєння 2–3 нових асан (30–35 хв.); заключна частина – повне розслаблення тіла: дихальні вправи, техніки мудр і шавасана (5–10 хв.).

Ефективність використання фітнес-йоґи у якості засобу фізичного виховання студенток спеціальної медичної групи Донецького національного університету економіки та торгівлі ім. Михайла Туган-Барановського вивчала К. Алєєва. Схема заняття в експериментальній групі: дихальні вправи – 5хв., динамічна частина – 15хв., статичні асани – 10хв., силова частина – 10 хв., вправи з розвитку гнучкості – 10хв., у заключній частині – техніки медитацій

Доцільність використання елементів сахаджа-йоґи в процесі професійно спрямованої психологічної і психофізичної підготовки студентів-залізничників на заняттях з фізичного виховання, з метою підвищення емоційної стійкості досліджувалась [6]. У якості основних засобів використовувалися медитації та асани йоґи. Медитації виконували на початку і в кінці занять. В основній частині – вправи з розвитку фізичних якостей і гнучкості хребта («Крокодил» по А. Рааб). Перед початком і в ході програми начитували лекції, що знайомили з методами діагностики і саморегуляції психосоматичного стану.

Оздоровчий вплив на організм студентів використання елементів східних психосоматичних систем у комплексі з атлетичною гімнастикою з гантелями досліджував С. Литвинов. Засоби хатха-йоґи включали статичні асани (сарванга-асана, пашчімотана-асана, суптаваджра-асана, ардхаматсієндра-асана, хала-асана, чакра-асана) і дихальні вправи (йоґівське дихання: нижнє, середнє, верхнє), а також комплекси китайської системи цигун: «Вісім шматків парчі», «Зміна м'язів і сухожилів», «Ігри п'яти тварин» (у послідовності: «Тигр», «Олень», «Ведмідь», «Мавпа»).

Фахівцями досліджувалися шляхи використання елементів китайської системи ушу в процесі фізичного виховання учнів початкових класів загальноосвітньої школи, в процесі безперервних занять з фізичного виховання студентів, корекції відхилень у стані здоров'я, функціональної та фізичної підготовленості, фізичного розвитку і розумової працездатності.

Ряд фахівців вивчали вплив східних бойових мистецтв на психосоматичний стан студентів, а саме: карате та модельно-ситуаційних технологій і технічних дій – на фізичне виховання (С. Литвинов, Ч. Іванків); дзюдо – на фізичну

і розумову активність (М. Гончерюк), фізичне та духовне вдосконалення (О. Васильєва, В. Саєнко); фітнес-технологій з елементами тайського боксу, карате, тхеквондо – на рухову активність та фізичну підготовленість підлітків (О. Кібальник).

Ефективність застосування українських бойових мистецтв у системі освіти досліджували у напрямках: формування національної самосвідомості майбутніх вчителів фізичної культури (В. Смолюк), підготовки студентів факультетів фізичної культури до військово-патріотичного виховання учнів (В. Олещук), військово-патріотичного виховання молоді засобами фізичної культури (Я. Олексієнко, О. Головатенко).

ВИСНОВКИ

Не виявлено однакості серед фахівців освітньої галузі, як у визначенні поняття «нетрадиційні види оздоровчої фізичної культури», так і їх видів. В освітній галузі спостерігається зростання, як розмаїття використання нетрадиційних видів оздоровчої фізичної культури з елементами психосоматичних систем у фізичному вихованні, так й їх популярності серед студентської молоді.

Перспективи подальших розвідок: вдосконалення програм освітньої галузі за рахунок навчальної дисципліни «Нетрадиційні види оздоровчої фізичної культури» з елементами психосоматичних систем та підготовка з цієї дисципліни компетентних фахівців (вчителів, викладачів, інструкторів, методистів та ін.).

ЛІТЕРАТУРА

1. Верховська М. В. Фізкультурно-оздоровча програма з йоги – нетрадиційний засіб фізичного виховання студентів вищих навчальних закладів / М. В. Верховська // Актуальні проблеми фізичного виховання студентів в умовах кредитно-модульної системи навчання: мат. всеукр. наук.-практ. конф. – Дніпропетровськ, 2014. – С. 49–56.
2. Володкович С. Л. Новые подходы в комплексном использовании оздоровительных видов гимнастик в физическом воспитании студенток / С. Л. Володкович, Г. И. Нарский. – Гомель: ГГТУ им. П. О. Сухого, 2014. – 208 с.
3. Загорская В. А. Йога как оздоровительный вид гимнастики в вузах / В. А. Загорская, П. В. Скрипник, Л. Б. Артемьева // Символ науки. УрФУ им. Б. Н. Ельцина. – Уфа : ООО «ОМЕГА САЙНС», 2016. – № 6–2 (18). – С. 138–140.
4. Макарова Е. Г. Мотивы и интересы студентов к учебному процессу по физическому воспитанию в вузе / Е. Г. Макарова // Непрерывное профессиональное образование: теория и практика: сб. статей по мат. V междунар. науч.-практ. конф. студентов, магистров, аспирантов и преподавателей / под ред. д-ра пед. наук, проф. Э. Г. Скибицкого. – Москва-Берлин : Директ-Медиа, 2014. – С. 276–278.
5. Панцова Л. В. Нетрадиционные физические упражнения в системе физического воспитания студентов в высшей школе / Л. В. Панцова // Физическая культура и личность: тез. докл. всерос. науч. – практ. конф. 28 – 29 октября 2004 г. – Оренбург : изд-во ОГПУ, 2004. – С. 114–117.
6. Пічурін В. В. Використання сахаджа-йоги в процесі психологічної і психофізичної підготовки студентів на заняттях з фізичного виховання / В. В. Пічурін, Н. В. Лутаєва, О. М. Доценко // Науково-педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорт). – Серія 15. – С. 81–85.
7. Попова Е. Как выбрать гимнастику / Е. Попова // Гимнастический мир Санкт-Петербурга. – 2000. – № 2. – С. 21–22.
8. Постол О. Л. Методика оздоровления студенток вузов на занятиях по физическому воспитанию с применением традиционных и нетрадиционных средств: автореф. дис.... канд. пед. наук: 13.00.04 / О. Л. Постол. – Хабаровск, 2004. – 22 с.
9. Твердохліб О. Дослідження понятійного поля психосоматичних вправ у галузі фізичного виховання і спорту / О. Твердохліб // Теорія і методика фізичного виховання і спорту. – 2007. – № 2. – С. 35–39.
10. Твердохліб О. Ф. Проблеми нетрадиційних видів оздоровчої фізичної культури / О. Ф. Твердохліб // Оптимізація процесу фізичного виховання в системі освіти: мат. всеукр. наук. конф. Тернопіль 20–21 листопада 2003. – С. 5–7.

Дата надходження рукопису до редакції: 05.04.2018 р.

Нетрадиционные виды оздоровительной физической культуры в сфере образования

Е.Ф. Твердохлеб

Национальный технический университет Украины «Киевский политехнический институт им. Игоря Сикорского», г. Киев, Украина

Средства саморегуляции древних и современных психосоматических систем положительно влияют на общее функциональное состояние организма человека. Они успешно используются в качестве лечебных и реабилитационных средств, а также в качестве тренировочных средств спортсменов, подготовки кадров экстремальных видов

деятельности, но недостаточно применяются в физическом воспитании студентов вузов, что определило цель исследования: изучение характеристик нетрадиционных видов оздоровительной физической культуры с элементами психосоматических систем в современной образовательной сфере.

Задачи исследования – определение понятия «нетрадиционные виды оздоровительной физической культуры» с элементами психосоматических систем, которые используются в области образования и их характеристик, решались методами логико-теоретического анализа современных исследований зарубежных и отечественных специалистов образования, научно-методической литературы и других информационных источников.

Анализ научных исследований в области физического воспитания студентов высших учебных заведений показал, что применение средств древних индийских, китайских, японских, тибетских и других психосоматических систем получило распространение в образовательной сфере. В результате исследования не выявлено единодушия среди специалистов образования, как в определении понятия «нетрадиционные виды оздоровительной физической культуры», так и их видов. Наблюдается рост, как популярности так и разнообразия нетрадиционных видов оздоровительной физической культуры используемых в сфере образования. Актуально: совершенствование образовательных программ за счет учебной дисциплины «Нетрадиционные виды оздоровительной физической культуры» и подготовка компетентных специалистов по этой дисциплине.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: нетрадиционные виды оздоровительной физической культуры, элементы психосоматических систем, физическое воспитание, учебные заведения.

The alternatives types of health-improvement physical training in the education sector

Olena Tverdokhlib

National Technical University of Ukraine «Ihor Sikorsky Kyiv Polytechnic Institute», Kyiv, Ukraine

The auto-regulation trainings of ancient and modern psychosomatic systems have a positive impact on an overall functional state of a human body. They were used successfully in treatment and rehabilitation, athlete training, extreme activity training but not had been the subject of serious academic inquiry of exploitation in university students' physical training. It had determined the purpose of the research: to study the characteristics of non-traditional types of physical training with elements of psychosomatic systems in modern educational sphere. The research objectives: to identify the characteristics and academic concept of "non-traditional kinds of health-improvement physical training" definition. They were solved by the logical and theoretical analysis of foreign and domestic education specialist, publications scientific-methodical literature and other information sources. The analysis of scientific research in the field of students' physical education has shown that the elements of ancient Indian, Chinese, Japanese, Tibetan and other psychosomatic system became widespread in higher education institutions. The studies found that there is no unanimity among the physical training and education specialists in concept definition of "non-traditional kinds of health-improvement physical training" and their classification. There has been observed a decided turn for the growing both popularity and variety of non-traditional kinds of health-improvement physical training which were used in the education institutions. It is important: to improve the educational programs through learning the educational discipline "Non-traditional kinds of health-improvement physical training" with psychosomatic system elements and to educate competent specialists in this field in academic institutions.

KEY WORDS: non-traditional kinds of health-improvement physical training, elements of psychosomatic systems, education institutions.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРА

Твердохліб Олена Федорівна – к.пед.н., доцент кафедри фізичного виховання, Національний технічний університет України «Київський політехнічний інститут ім. Ігоря Сікорського»; 03056, Київ, проспект. Перемоги, 37

УДК 614.2:355:002(477)

В.О. Жаховський¹, В.Г. Лівінський¹, М.В. Кудренко², Г.О. Слабкий³, І.П. Мельник⁴

Наукове обґрунтування формування моделі єдиного медичного простору держави

¹Українська військово-медична академія, м. Київ, Україна²ДУ “Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України”, м. Київ, Україна³ДВНЗ “Ужгородський національний університет”, м. Ужгород, Україна⁴Військово-медичний клінічний центр Центрального регіону, м. Вінниця, Україна

Мета роботи – наукове обґрунтування формування моделі єдиного медичного простору держави та його значення для визначення перспективних шляхів реформування вітчизняної системи охорони здоров'я.

Матеріали та методи. Об'єкт дослідження – система охорони здоров'я на мирний і воєнний час. Предмет – медичне забезпечення військовослужбовців і цивільного населення. Методи дослідження – аналітичний, бібліографічний, системного підходу.

Результати. Створення єдиного медичного простору дасть можливість залучити систему охорони здоров'я держави до надання спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги військовослужбовцям в особливий період. У мирний час заклади охорони здоров'я МО України та інших утворених відповідно до законів України військових формувань та правоохоронних органів спеціального призначення будуть за досвідом провідних країн світу залучені до надання медичної допомоги цивільному населенню, насамперед під час надзвичайних ситуацій природного і техногенного характеру.

Висновки. Єдиний медичний простір слід розглядати як спільне ефективне та раціональне використання можливостей закладів охорони здоров'я всіх форм власності та підпорядкованості, розташованих на визначених територіях, для забезпечення рівного доступу всіх громадян у межах всієї країни до фінансованої державою медичної допомоги.

Ключові слова: охорона здоров'я, медична допомога, єдиний медичний простір.

ВСТУП

Конституція України гарантує кожному громадянину право на охорону здоров'я та медичну допомогу [1]. Проте на практиці існує істотна різниця між рівнем та якістю надання медичної допомоги у великих містах та інших населених пунктах, між окремими регіонами, в загальнонаціональній і відомчій медицині, зокрема закладах охорони здоров'я Міністерства оборони України (МО України), Міністерства внутрішніх справ України, Служби безпеки України, Міністерства інфраструктури України тощо [2, 3]. Зважаючи на зазначене, різні категорії громадян мають різні можливості щодо забезпечення гарантованого державою права на охорону здоров'я, що викликало необхідність пошуку шляхів їх врегулювання та призвело до появи терміну “єдиний медичний простір”.

Вперше активно до опрацювання теоретичних засад єдиного медичного простору та їх практичної реалізації в Україні приступили у 2010-2012 роках, коли у Прикінцеві та перехідні положення Бюджетного кодексу України було закладено вимогу щодо ліквідації відомчої медицини та формування єдиного медичного простору [4]. Передбачалося, що всі заклади охорони здоров'я, які були в підпорядкуванні різних міністерств і відомств, перейдуть у підпорядкування Міністерства охорони здоров'я України (МОЗ України).

З метою опрацювання шляхів реалізації зазначених вимог під керівництвом МОЗ України було проведено декілька робочих нарад із залученням керівників центральних органів виконавчої влади, які мали у підпорядкуванні відомчі заклади охорони здоров'я. Завдяки вагомої аргументації та твердої позиції представників МО України та інших утворених відповідно до законів України військових формувань і правоохоронних органів спеціального призначення на цих нарадах дійшли до узгодженого рішення щодо необхідності збереження відомчих військово-медичних служб із підпорядкованими їм закладами охорони здоров'я.

Водночас слід зазначити, що як на цих нарадах, так і досі остаточно не з'ясовано, що ж таке єдиний медичний простір – структура чи модель побудови національної системи охорони здоров'я України. Також, незважаючи на те, що термін “єдиний медичний простір” уже тривалий час використовується як серед науковців, так і на широкому загалі, зокрема і в медичних колективах, в українському законодавстві з питань охорони здоров'я та в інших нормативно-правових актах держави такого поняття і визначення досі не існує і, як наслідок, чиновники від охорони здоров'я і просто медичні фахівці нерідко розуміють і застосовують цей термін по різному.

В літературі розрізняють поняття єдиного медичного простору у вузькому значенні – як систему єдиної загальнодержавної мережі закладів охорони здоров'я, та широкому – як систему організації надання медичної допомоги, що забезпечує доступність, якість і ефективність усіх видів медичної допомоги всьому населенню країни та об'єднує всі медичні ресурси держави спільним управлінням і визначеними механізмами фінансування [5].

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Задеклароване Конституцією України право громадян на охорону здоров'я та медичну допомогу покладає на державу зобов'язання визначити механізми та сформувати відповідні інститути для його реалізації. Відповідно до статті 49 Конституції України держава повинна забезпечувати охорону здоров'я та медичну допомогу керуючись принципами, що відповідають європейським стандартам формування державної політики у сфері охорони здоров'я, а саме: доступність, рівність можливостей щодо її отримання різними верствами населення, ефективність і державне фінансування. Передбачена Конституцією України норма про право людини на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування ґрунтується переважно на ідеї забезпечення державою надання медичної допомоги громадянам на безоплатній основі шляхом бюджетного фінансування витрат державних і комунальних закладів охорони здоров'я.

Рівний доступ до медичної допомоги унеможлиблює непрозорі процедури та механізми фінансування закладів охорони здоров'я. Застосування такого підходу висуває нові вимоги до нормативно-правових засад існування "відомчої медицини", як складової системи охорони здоров'я держави, та системи надання медичної допомоги населенню. Передбачається, що його реалізація дасть можливість подолати суттєві відмінності в розвитку інфраструктури, кадровому забезпеченні закладів охорони здоров'я міста і села, а також у медичному обслуговуванні всього населення держави та представників окремих відомств на засадах єдиного медичного простору.

За міжнародним досвідом, складовими та передумовами єдиного медичного простору є загальнообов'язкове державне медичне страхування і система надання медичних послуг за принципом солідарності. Принцип солідарності є європейським основоположним принципом права людини на охорону здоров'я та означає, що держава гарантує кожному однаковий обсяг загальнодоступних медичних послуг, незалежно від фактичного розміру страхового внеску або характеру професійної діяльності.

Зважаючи на зазначене, процес формування єдиного медичного простору потребує попереднього нормативно-правового визначення:

умов і строків доступу до надання різних видів медичної допомоги;

видів медичної допомоги та переліку медичних послуг відповідно до затверджених стандартів медичної допомоги, що гарантовано надаються за рахунок коштів, акумульованих державою з метою фінансування системи охорони здоров'я; видів закладів охорони здоров'я (державні, комунальні), які можуть надавати доступні для всіх медичні послуги; порядку акредитації закладів охорони здоров'я та переліку акредитаційних вимог;

порядку відшкодування закладам охорони здоров'я коштів за надані медичні послуги відповідно до потреб пацієнта та в межах видів медичної допомоги і переліку медичних послуг, відповідно до затверджених стандартів медичної допомоги, що гарантовано надаються за рахунок коштів, акумульованих державою;

переліку осіб, які мають право на отримання медичної допомоги та медичних послуг у порядку, відмінному від загального (наприклад, глава держави, працівники розвідувальних і контррозвідувальних органів, військовослужбовці та інші окремі категорії громадян).

Єдиний медичний простір слід розглядати як один із ключових стандартів у сфері охорони здоров'я, що передбачає забезпечення рівного доступу всіх громадян у межах всієї країни до фінансованої державою медичної допомоги як за територіальним критерієм, так і за економічними показниками, незалежно від місця проживання та матеріального становища пацієнта чи його роботи [6–8]. З огляду на обмежені економічні можливості держави і хронічне недофінансування галузі охорони здоров'я, перспективи запровадження загальнообов'язкового медичного страхування та з метою максимального ефективного використання наявних медичних ресурсів, формування засад єдиного медичного простору слід вважати найбільш раціональним та ефективним напрямом перебудови національної охорони здоров'я.

Зважаючи на зазначене, авторами пропонується таке визначення дефініції "єдиний медичний простір".

Єдиний медичний простір – це система організації надання медичної допомоги, яка об'єднує всі медичні ресурси держави спільним управлінням і визначеними механізмами фінансування та забезпечує доступність, якість і ефективність усіх видів медичної допомоги всьому населенню незалежно від територіальної та відомчої належності, у тому числі і військовослужбовцям.

Слід зазначити, що в Україні принципи єдиного медичного простору на цей час уже реалізуються та застосовуються в системі охорони здоров'я держави та у відомчій, зокрема й військовій, медицині через запровадження і використання єдиної законодавчої та нормативно-правової бази з питань охорони здоров'я, єдиних стандартів надання медичної допомоги (медичних стандартів), клінічних протоколів та інших галузевих стандартів у сфері охорони здоров'я, системи акредитації закладів охорони здоров'я та ліцензування господарської діяльності з медичної практики, єдиних вимог щодо підготовки та атестації медичних (фармацевтичних) фахівців всіх освітньо-кваліфікаційних рівнів і спеціальностей, порядку обігу наркотичних та сильнодіючих речовин тощо.

Іншим прикладом єдиного медичного простору є залучення цивільних закладів охорони здоров'я до надання медичної допомоги військовослужбовцям. Необхідність цього обумовлена тим, що в особливий період військово-медичні служби не мають достатніх ресурсів для надання власними силами спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги великій кількості поранених і хворих, проведення їх тривалого лікування та реабілітації. Його реалізація забезпечується постановою Кабінету Міністрів України "Про взаємодію медичних служб Збройних Сил та інших військових формувань із державною системою охорони здоров'я і про створення загальнодержавної системи екстремальної медицини", якою передбачено створення єдиної загальної державної системи медичного забезпечення цивільного населення та військовослужбовців на випадок екстремальних ситуацій, надзвичайного стану і на воєнний час [9].

Прийняття цієї урядової постанови стало першим нормативно-правовим актом щодо формування засад єдиного медичного простору в Україні. В подальшому, як один із шляхів її реалізації та на виконання рішення Ради національної безпеки і оборони України від 17 квітня 1998 року “Про стан державного матеріального резерву та мобілізаційної підготовки” [10] у Міністерстві оборони України була опрацьована та встановленим порядком затверджена Урядом постанова Кабінету Міністрів України, якою доручалося Міністерству охорони здоров'я України, Міністерству охорони здоров'я Автономної Республіки Крим та управлінням охорони здоров'я обласних державних адміністрацій утворити на базі підвідомчих лікувальних установ Територіальні госпітальні бази (ТерГБ) Міністерства охорони здоров'я України.

На виконання вимог зазначеної постанови в Міністерстві оборони України були розроблені та затверджені відповідними спільними наказами МО України і МОЗ України Положення про територіальні госпітальні бази Міністерства охорони здоров'я України, Положення про органи управління територіальними госпітальними базами Міністерства охорони здоров'я України, штати та табелі до них органів управління і територіальних госпітальних баз Міністерства охорони здоров'я України, а також Інструкція щодо підготовки та проведення відмобілізування територіальних госпітальних баз. Затвердження вищезазначених нормативних актів дозволило сформувати основні теоретичні та організаційні основи формування, розгортання та застосування ТерГБ, що практично врегулювало нормативно-правові засади формування системи медичного забезпечення Збройних Сил України (ЗС України) та інших військових формувань на особливий період.

Водночас формування засад єдиного медичного простору не зводиться лише до використання системи охорони здоров'я цивільного населення в інтересах ЗС України та інших військових формувань. Воно також передбачає можливість застосування потужностей військової медицини для надання медичної допомоги цивільному населенню під час екстремальних ситуацій, надзвичайного стану та на воєнний час.

На практиці це було реалізовано під час стихійних лих і техногенних катастроф, що мали місце на території України за роки її незалежності.

Яскравим прикладом взаємодії військової і цивільної систем охорони здоров'я стали організація та проведення заходів щодо ліквідації медичних наслідків фосфорної аварії під Ожидовом – техногенної катастрофи, що трапилася 16 липня 2007 року в Буському районі Львівської області. Постраждалих внаслідок отруєння продуктами горіння у стані тяжкого та середнього ступеня важкості було госпіталізовано до Військово-медичного клінічного центру Західного регіону в м. Львові, де їм була надана необхідна медична допомога і проведено лікування.

Під час стихійного лиха – повені на Закарпатті восени 1998 року – силами медичної служби ЗС України було організовано надання медичної допомоги учасникам ліквідації стихійного лиха із числа військовослужбовців Збройних Сил України, Національної гвардії України та Міністерства надзвичайних ситуацій України, а також цивільним особам і населенню. Крім того, проводилося лікування постраждалих із числа військовослужбовців і цивільного населення у військових закладах охорони здоров'я.

Під час іншого стихійного лиха – повені на Прикарпатті та Буковині влітку 2008 року, крім організації медичного забезпечення учасників ліквідації наслідків стихійного лиха, трьома мобільними медичними групами, утвореними за рахунок особового складу Військово-медичного клінічного центру Західного регіону, до складу яких були включені лікарі всіх спеціальностей, було проведено обстеження цивільного населення постраждалих і віддалених районів, надавалася необхідна медична допомога та проводилося лікування постраждалих у військових закладах охорони здоров'я.

Ще одним кроком на шляху реалізації засад єдиного медичного простору стало прийняття постанови Кабінету Міністрів України “Про затвердження порядку надання медичної допомоги у військово-медичних закладах і взаєморозрахунків за неї між військовими формуваннями”, якою передбачена можливість та визначений порядок надання медичної допомоги і лікування військовослужбовців у військово-медичних закладах незалежно від відомчої підпорядкованості [11].

Слід зазначити, що Міністерство охорони здоров'я України також не залишалось осторонь від формування засад єдиного медичного простору, зокрема в інтересах медичного забезпечення військовослужбовців. Так, з початком антитерористичної операції на Сході України наказом МОЗ України “Про додаткові заходи щодо забезпечення функціонування закладів охорони здоров'я в умовах особливого періоду та подолання наслідків надзвичайної ситуації державного рівня соціального та воєнного характеру” доручено керівникам структурних підрозділів з питань охорони здоров'я обласних та Київської міської державних адміністрацій забезпечити роботу закладів охорони здоров'я у режимі підвищеної готовності, створивши резерв профільних ліжок у закладах охорони здоров'я (не менше 30%) для надання невідкладної медичної допомоги постраждалим [12]. Також зазначеним наказом визначені завдання щодо підготовки цивільних закладів охорони здоров'я до роботи у режимі підвищеної готовності: створення резерву профільних ліжок (не менше 30%) для надання невідкладної медичної допомоги постраждалим; створення резервів лікарських засобів, виробів медичного призначення, донорської крові та регіональних резервів медичного обладнання для забезпечення цивільного населення під час особливого періоду; затвердження регламентів забезпечення закладів охорони здоров'я необхідними групами лікарських засобів та виробів медичного призначення в умовах особливого періоду; проведення тренінгів щодо взаємодії підрозділів системи екстреної медичної допомоги, закладів охорони здоров'я згідно з територіальними планами реагування на виникнення надзвичайних ситуацій (аварій, техногенних, екологічних катастроф, терористичних актів) з урахуванням вимог особливого періоду.

Наступним кроком узгодженої роботи МОЗ України, МО України та інших військових формувань і правоохоронних органів спеціального призначення в питаннях формування єдиного медичного простору стало видання наказу МОЗ України “Про затвердження переліків лікарських засобів та медичних виробів, які повинні бути в складі аптечок медичних

загальновійськового санітара та наплічника медичного загальновійськового санітарного інструктора” [13]. Цим наказом затверджено та передбачено запровадження для всіх складових Сил оборони єдиного складу аптечки медичної загальновійськової індивідуальної, аптечки автомобільної загальновійськової, наплічника медичного загальновійськового санітара та наплічника медичного загальновійськового санітарного інструктора, що дозволить забезпечити єдині підходи до надання домедичної допомоги пораненим військовослужбовцям на полі бою, а саме однаковий перелік і зміст медичних заходів.

На цей час в Україні опрацьовані та затверджені відповідними указами Президента України Воєнна доктрина України, Концепція розвитку сектору безпеки і оборони України та Стратегічний оборонний бюлетень України, у кожному з яких є окремі положення щодо розвитку військової охорони здоров'я. Так, у новій редакції Воєнної доктрини України пріоритетним завданням для ЗС України визначено досягнення до 2020 року повної сумісності з відповідними силами держав – членів НАТО, а одним із основних напрямів реформування та розвитку ЗС України є модернізація системи медичного забезпечення військ з максимальною інтеграцією її з системою цивільної охорони здоров'я, що передбачає реалізацію засад єдиного медичного простору в нашій державі [14].

Одним із перших кроків виконання зазначеного завдання стало створення Координаційного центру з питань організації діяльності медичних служб Сил оборони та органів і закладів охорони здоров'я (далі – Координаційний центр). Цей Центр утворений відповідно до постанови Кабінету Міністрів України “Про утворення Координаційного центру з питань організації діяльності медичних служб сил оборони та органів і закладів охорони здоров'я” [15], якою затверджено Положення про Координаційний центр з питань організації діяльності медичних служб сил оборони та органів і закладів охорони здоров'я, а також його склад.

Згідно затвердженого Положення, Координаційний центр є тимчасовим консультативно-дорадчим органом Кабінету Міністрів України, утвореним з метою сприяння забезпеченню координації дій, спрямованих на надання медичної допомоги, зокрема із залученням органів і закладів охорони здоров'я, військовослужбовцям Збройних Сил, Держспецзв'язку, Держспецтрансслужби, інших утворених відповідно до законів України військових формувань, правоохоронних та розвідувальних органів у частині залучення їх до виконання завдань з оборони держави, а також населенню.

На першому засіданні Координаційного центру, яке відбулося 29 вересня 2017 року, його голова – Перший віце-прем'єр-міністр України – Міністр економічного розвитку і торгівлі Степан Кубів зазначив, що “формування Координаційного центру – це спільна перемога, а його діяльність – один із пріоритетів Уряду. Задля ефективної роботи у напрямку надання якісної медичної допомоги нашим громадянам, військовослужбовцям ми створюємо єдиний медичний простір” [16].

Незважаючи на наявність значної кількості нормативно-правових актів держави, що містять окремі положення з питань розвитку військової охорони здоров'я, єдиного узагальнюючого документу щодо підготовки системи охорони здоров'я держави до роботи в особливий період та організації медичного забезпечення Сил оборони – Воєнно-медичної доктрини України – у державі досі немає.

Проект Воєнно-медичної доктрини України, який був опрацьований за участі авторів та поданий для затвердження указом Президента України, за дорученням Глави Адміністрації Президента України готується нині для затвердження актом Кабінету Міністрів України.

Особлива увага в проекті Воєнно-медичної доктрини України, яка має стати основою для формування єдиного медичного простору в особливий період, приділяється питанням завчасної всебічної підготовки системи охорони здоров'я держави до виконання завдань щодо медичного забезпечення Збройних Сил України та інших військових формувань і правоохоронних органів спеціального призначення під час виконання ними завдань в особливий період. Проектом доктрини також передбачено інтеграцію військової охорони здоров'я в єдиний медичний простір України шляхом функціонального поєднання сил і засобів медичних служб сил оборони та цивільної охорони здоров'я з метою максимальної реалізації їхніх спроможностей щодо ефективного медичного забезпечення сил оборони. При цьому передбачається збереження організаційної самостійності існуючих військово-медичних служб ЗС України та інших утворених відповідно до законів України військових формувань та правоохоронних органів спеціального призначення.

В розвиток положень Воєнно-медичної доктрини України та з урахуванням доктринальних документів з питань медичного забезпечення збройних сил держав-членів НАТО в Міністерстві оборони України опрацьовуються Принципи та політика медичного забезпечення Сил оборони, а також Доктрина медичного забезпечення Сил оборони.

Затвердження вищезазначених нормативних актів та реалізація їхніх положень забезпечить спроможності військово-медичних служб щодо повноцінного та ефективного надання медичної допомоги в районах бойових дій та наближених до них, а надання спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги буде здійснюватися як у військових, так і цивільних закладах охорони здоров'я. У мирний же час, реалізуючи засади єдиного медичного простору, заклади охорони здоров'я МО України та інших утворених відповідно до законів України військових формувань та правоохоронних органів спеціального призначення будуть за досвідом провідних країн світу залучені до надання медичної допомоги цивільному населенню, насамперед під час надзвичайних ситуацій природного і техногенного характеру та в особливий період.

З метою формування єдиного медичного простору в інтересах медичного забезпечення військовослужбовців ЗС України та інших утворених відповідно до законів України військових формувань та правоохоронних органів спеціального призначення в Міністерстві оборони України опрацьовано та встановленим порядком затверджено

розпорядження Кабінету Міністрів України “Деякі питання медичного забезпечення військовослужбовців, осіб рядового і начальницького складу та поліцейських, які беруть участь в антитерористичній операції” [17].

Реалізацію положень зазначеного розпорядження Кабінету Міністрів України здійснено шляхом підготовки та видання спільного наказу Міністерства оборони України та Міністерства охорони здоров'я України “Про визначення механізму надання вторинної (спеціалізованої) і третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги військовослужбовцям, які беруть участь в антитерористичній операції” [18], яким затверджено Інструкцію щодо організації та порядку надання вторинної (спеціалізованої) і третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги військовослужбовцям ЗС України, інших військових формувань та правоохоронних органів, особам рядового і начальницького складу та поліцейським, які беруть участь в антитерористичній операції, та Перелік закладів охорони здоров'я, що для цього залучаються. З метою врегулювання діяльності цивільних закладів охорони здоров'я щодо медичного забезпечення військовослужбовців та належної організації їхньої роботи доцільно, на думку авторів, об'єднати їх у межах областей у Тимчасові функціональні об'єднання закладів охорони здоров'я адміністративно-територіальних одиниць (далі – ТФО).

Тимчасові функціональні об'єднання – це група закладів охорони здоров'я комунальної власності, що розташовані на території окремої адміністративно-територіальної одиниці (області), які виділяють резерв профільних ліжок у межах до 30% загальної ліжкової місткості для надання медичної допомоги, лікування і реабілітації військовослужбовців ЗС України, інших військових формувань та правоохоронних органів, осіб рядового і начальницького складу та поліцейських, які беруть участь в АТО. Вони не є юридичними особами, не мають власних фондів, балансу, реєстраційних рахунків і печаток.

ТФО утворюються обласними державними адміністраціями спільно з органами місцевого самоврядування за погодженням з МОЗ України та МО України на базі визначених цивільних закладів охорони здоров'я. При цьому заклади охорони здоров'я, на базі яких утворюються ТФО, не припинятимуть основної діяльності щодо медичного забезпечення населення України.

Загальне керівництво ТФО здійснюється Міністерством охорони здоров'я України спільно з Міністерством оборони України.

Для безпосереднього керівництва ТФО, регулювання потоків поранених (хворих) військовослужбовців, що надходять і виписуються, організації взаємодії з медичними службами ЗС України та інших військових формувань створюються групи управління при обласних державних адміністраціях. До складу груп управління включаються фахівці від департаментів (управлінь) охорони здоров'я обласних державних адміністрацій за напрямками діяльності, за необхідності можуть включатися фахівці від інших структурних підрозділів облдержадміністрацій. Для забезпечення ефективного управління та взаємодії ТФО з військово-медичними службами МО України направляє до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я визначених облдержадміністрацій представників від органів управління медичним забезпеченням ЗС України, які включаються до складу груп управління.

Діяльність Тимчасових функціональних об'єднань здійснюється на базі та фондах закладів охорони здоров'я, що входять до їх складу, а надання медичної допомоги та лікування поранених (хворих) військовослужбовців здійснюється медичними працівниками закладів охорони здоров'я, що входять до складу ТФО. Національна академія медичних наук України і вищі медичні навчальні заклади у разі необхідності підсилюють заклади охорони здоров'я, що входять до складу Тимчасових функціональних об'єднань, медичними фахівцями необхідної спеціальності та кваліфікації.

Прийняття Верховною Радою України Закону України “Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я” [19], спрямованого на так звану “автономізацію” закладів охорони здоров'я, та Закону України “Про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів” [20], стали наступними кроками держави щодо впровадження в Україні засад єдиного медичного простору. Так, запровадження під час надання вторинної та третинної медичної допомоги принципу фінансування медичних послуг, а не закладів охорони здоров'я, служить економічною передумовою та основою формування єдиного медичного простору.

Підсумовуючи аналіз заходів щодо формування засад єдиного медичного простору в державі необхідно зазначити, що з прийняттям законів України про запровадження загальнообов'язкового медичного страхування і впровадження нових механізмів та порядку фінансування вторинної і третинної медичної допомоги буде завершено формування законодавчих основ єдиного медичного простору держави.

ВИСНОВКИ

1. Створення єдиного медичного простору є актуальною і нагальною проблемою розвитку та формування сучасної ефективної системи національної охорони здоров'я.

2. Єдиний медичний простір слід розглядати як спільне ефективне та раціональне використання можливостей закладів охорони здоров'я всіх форм власності та підпорядкованості, що не виключає можливості існування відомчої медицини.

4. Видання розпорядження Кабінету Міністрів України “Деякі питання медичного забезпечення військовослужбовців, осіб рядового і начальницького складу та поліцейських, які беруть участь в антитерористичній операції” та наказу Міністерства оборони України та Міністерства охорони здоров'я України “Про визначення механізму надання вторинної (спеціалізованої) і третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги військовослужбовцям, які

беруть участь в антитерористичній операції” стало важливим кроком на шляху формування засад єдиного медичного простору держави.

5. Основою для формування єдиного медичного простору держави та побудови ефективної системи воєнної охорони здоров'я має стати Воєнно-медична доктрина України.

6. Запровадження загальнообов'язкового медичного страхування є актуальним напрямком перебудови національної охорони здоров'я та служить передумовою та важливим чинником формування єдиного медичного простору держави.

7. Формування єдиного медичного простору забезпечить упорядкування та раціональне використання матеріальних, фінансових і кадрових ресурсів галузі, а отже забезпечить створення оптимальної та ефективної системи охорони здоров'я в державі як для всіх громадян України, так і для військовослужбовців.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням законодавчого забезпечення та його удосконалення з питань формування єдиного медичного простору в Україні.

ЛІТЕРАТУРА

1. Конституція України, прийнята на п'ятій сесії Верховної Ради України 28 червня 1996 року. Відомості Верховної Ради України (ВВР), 1996, № 30, ст. 141.
2. Державна політика з охорони громадського здоров'я в Україні: Навч. посібник / За ред. І. М. Солоненка, Л. І. Жаліло. – К.: Вид-во НАДУ, 2004.
3. Українська медицина чекає рішучих змін: Інтерв'ю з міністром охорони здоров'я України М. Поліщуком // Урядовий кур'єр. – 2005. – 29 березня. – С. 5.
4. Бюджетний Кодекс України, Закон України від 8 липня 2010 року № 2456-VI. Відомості Верховної Ради України (ВВР), 2010, № 50-51. – 572 с.
5. Гладун З.С. Адміністративно-правове регулювання охорони здоров'я населення в Україні. Монографія. – К.: Юрінком Інтер, 2007. – 720 с.
6. Майданик Р.А. Єдиний медичний простір як ключовий стандарт прав людини і юридичний виклик у сфері охорони здоров'я України // Медичне право 1(11), 2013. С. 33-42.
7. Поживілова О.В. Науковий супровід реформування системи охорони здоров'я України: стан і тенденції розвитку. Монографія. – К.: 2012. – 271 с.
8. Радиш Я. Ф. Єдиний медичний простір – нова парадигма системи охорони здоров'я України / Я. Ф. Радиш, О. В. Поживілова // Теорія та практика державної служби: сучасні пріоритети регіональної кадрової політики (Матеріали науково-практичної конференції, м. Дніпропетровськ, 5-6.11.2010 р.): ДРІДУ НАДУ, 2010. – С. 97-99.
9. Постанова Кабінету Міністрів України від 16 жовтня 1995 року № 819 “Про взаємодію медичних служб Збройних Сил та інших військових формувань із державною системою охорони здоров'я і про створення загальнодержавної системи екстремальної медицини”.
10. Указ Президента України від 14 травня 1998 року № 475 “Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 17 квітня 1998 року “Про стан державного матеріального резерву та мобілізаційної підготовки”.
11. Постанова Кабінету Міністрів України від 18 жовтня 1999 року № 1923 “Про затвердження порядку надання медичної допомоги у військово-медичних закладах і взаєморозрахунків за неї між військовими формуваннями”.
12. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 18 лютого 2015 року № 75 “Про додаткові заходи щодо забезпечення функціонування закладів охорони здоров'я в умовах особливого періоду та подолання наслідків надзвичайної ситуації державного рівня соціального та воєнного характеру”.
13. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 05 січня 2017 року № 6 “Про затвердження переліків лікарських засобів та медичних виробів, які повинні бути в складі аптечок медичних загальновійськових індивідуальних, аптечки автомобільної загальновійськової, наплічника медичного загальновійськового санітара та наплічника медичного загальновійськового санітарного інструктора” (zareєстрований в Міністерстві юстиції України 25 січня 2017 року за № 113/29981).
14. Указ Президента України від 24 вересня 2015 року № 555/2015 “Про рішення РНБО України від 2 вересня 2015 року “Про нову редакцію Воєнної доктрини України”.
15. Постанова Кабінету Міністрів України від 11 травня 2017 року № 412 “Про утворення Координаційного центру з питань організації діяльності медичних служб сил оборони та органів і закладів охорони здоров'я”.
16. Відбулося перше засідання Координаційного центру з питань організації діяльності медичних служб сил оборони та органів і закладів охорони здоров'я [Електронний ресурс] – Режим доступу: old.moz.gov.ua/ua/portal/pre_20171003_c.html (знято 3.10.2017).
17. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 24 травня 2017 року № 352-р “Деякі питання медичного забезпечення військовослужбовців, осіб рядового і начальницького складу та поліцейських, які беруть участь в антитерористичній операції”.
18. Наказ Міністерства оборони України та Міністерства охорони здоров'я України від 7.02.2018 року № 49/180 “Про визначення механізму надання вторинної (спеціалізованої) і третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги

військовослужбовцям, які беруть участь в антитерористичній операції”, що зареєстрований у Міністерстві юстиції України 28.02.2018 року за № 252/31704.

19. Закон України від 6 квітня 2017 року № 2002-VIII “Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров’я” (Відомості Верховної Ради (ВВР), 2017, № 21, ст.245).

20. Закон України 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII “Про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів”.

Дата надходження рукопису до редакції: 14.03.2018 р.

Научное обоснование формирования модели единого медицинского пространства государства

В.А. Жаховский¹, В.Г. Ливинский¹, Н.В. Кудренко², Г.А. Слабкий³, И.П. Мельник⁴

¹Украинская военно-медицинская академия, г. Киев, Украина

²ГУ “Украинский институт стратегических исследований МОЗ Украины”, г. Киев, Украина

³ГВУЗ “Ужгородский национальный университет”, г. Ужгород, Украина

⁴Военно-медицинский клинический центр Центрального региона, г. Винница, Украина

Цель работы – научное обоснование формирования модели единого медицинского пространства, а также его значение для разработки перспективных путей реформирования отечественной системы здравоохранения.

Материалы и методы. Объект исследования – система здравоохранения в мирное и военное время. Предмет – медицинское обеспечение военнослужащих и гражданского населения. Методы исследования – аналитический, библиографический, системного подхода.

Результаты. Формирования единого медицинского пространства даст возможность привлечь систему здравоохранения государства к оказанию специализированной и высокоспециализированной медицинской помощи военнослужащим в военное время. В мирное время учреждения здравоохранения МО Украины и других созданных в соответствии с законодательством Украины военных формирований и правоохранительных органов специального назначения будут по опыту передовых стран мира привлекаться к оказанию медицинской помощи гражданскому населению, в первую очередь во время чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера.

Выводы. Единое медицинское пространство следует рассматривать как совместное эффективное и рациональное использование возможностей учреждений здравоохранения всех форм собственности и подчиненности, расположенных на определенных территориях, для обеспечения равного доступа всех граждан в пределах всей страны к финансируемой государством медицинской помощи.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: здравоохранение, медицинская помощь, единое медицинское пространство.

The scientific justification for the formation of the model single medical space of the state

V.O. Zhakhovsky¹, V.G. Livinsky¹, N.V. Kudrenko², G.O. Slabkiy³, I.P. Melnyk⁴

¹Ukrainian military medical academy, Kyiv, Ukraine

²PE “Ukrainian institute of strategic researches of Ministry of Health of Ukraine”, Kyiv, Ukraine

³SU “Uzhhorod National University”, Uzhhorod, Ukraine

⁴Military Clinical Medical Center Central region, Vinnitsa, Ukraine

Aim of work – scientific substantiation of the formation of the model of a single medical space, as well as its importance for the development of promising ways of reforming the domestic health care system.

Materials and methods. The object of study – the health care system in peacetime and wartime. The subject of the medical support of servicemen and the civilian population. Research methods – analytical, bibliographic, systematic approach.

Results. Forming a single medical space will provide an opportunity to involve the public health system in providing specialized and highly specialized medical assistance to servicemen in wartime. In peacetime, health institutions of Ukraine’s Defense Ministry and other military formations and law enforcement agencies set up in accordance with the Ukrainian legislation will be attracted to the experience of the world’s leading countries in providing medical assistance to civilians, especially during emergencies of natural and man-made nature.

Conclusions. Unified medical space should be considered as effective and rational utilization of the health care institutions of all forms of ownership and subordination, located in certain areas, to ensure equal access of all citizens throughout the country to government-funded medical care.

KEY WORDS: health protection, medical care, unified medical space.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ

Жаховський Віктор Олександрович – провідний науковий співробітник науково-дослідного відділу організації медичного забезпечення Науково-дослідного інституту проблем військової медицини Української ВМА, кандидат наук з державного управління, доцент; 01015, м. Київ, вул. Московська 45/1.

Лівінський Володимир Григорович – науковий співробітник науково-дослідного відділу організації медичного забезпечення Науково-дослідного інституту проблем військової медицини Української ВМА, кандидат медичних наук; 01015, м. Київ, вул. Московська 45/1.

Кудренко Микола Васильович – заступник директора ДУ Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України з організаційно-методичної та адміністративної роботи; 02099, м. Київ, провулок Волго-Донський, 3.

Слабкий Геннадій Олексійович – завідувач кафедри громадського здоров'я, факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки ДВНЗ “Ужгородський національний університет”; 88000, м. Ужгород, пл. Народна, 3.

Мельник Ігор Петрович – заступник начальника Військово-медичного клінічного центру Центрального регіону з медичної частини, кандидат медичних наук, полковник медичної служби; 21000, м. Вінниця, вулиця Свердлова, 185.

УДК 614.2:658.5:336.145(477-37)

Р.Л. Картавец¹, Г.О. Слабкий², О.М.Дзюба^{1,3}

Використання в системі охорони здоров'я дороговартісного обладнання, яке закуплено за кошти місцевих бюджетів

¹ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», м. Київ, Україна²ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород, Україна³Колледж образования и терапии имени проф. Казимира Милановского, г. Познань, Польща

Мета роботи: вивчити та проаналізувати дані про дороговартісне обладнання, яке було закуплено за кошти місцевих бюджетів.

Матеріали та методи. Матеріалами дослідження слугували результати оперативного моніторингу придбання та використання дороговартісного обладнання, яке було здійснено за кошти місцевих бюджетів в регіонах України.

Результати та їх обговорення. Не використовується дорого вартісне обладнання, яке закуплено за кошти місцевих бюджетів на суму 126 568 097,63 грн складає 43 одиниці. В 2017 році із закуплених за кошти місцевих бюджетів 4 305 одиниць дороговартісного обладнання на загальну суму 1 313 115 039,02 грн, 651 (15,1%) одиниць на суму 491 035 071,96 (37,4%) грн не введено в експлуатацію.

Основними причинами невикористання закупленого за кошти місцевого бюджету обладнання є відсутність необхідних приміщень, відсутність дозвільних документів для введення в експлуатацію обладнання, відсутність необхідного фінансування для введення обладнання в експлуатацію.

Висновки. Необхідно розробити алгоритм згідно якого закуплене обладнання буде вводиться в експлуатацію в короткий термін.

Ключові слова: дороговартісне обладнання, місцевий бюджет, використання.

ВСТУП

Вивчалось питання забезпеченості високовартісним обладнанням закладів охорони здоров'я вторинного [1] та третинного [2] рівня надання медичної допомоги. Були встановлені диспропорції забезпеченості закладів охорони здоров'я високовартісним обладнанням як за рівнями надання медичної допомоги так і за регіонами країни.

В 2013 році була проведена суцільна інвентаризація наявності та використання високовартісного обладнання в закладах охорони здоров'я України [3]. Результати інвентаризації показали диспропорції наявності обладнання за видами медичної допомоги, невідповідність Табелям оснащення та високий рівень застарілого обладнання і його не використання.

Проведені окремі дослідження виявили вплив рівня оснащення закладів охорони здоров'я сучасним високовартісним обладнанням на рівень летальності пацієнтів в стаціонарних відділеннях та якість медичної допомоги [4–7].

Мета роботи: вивчити та проаналізувати дані про дороговартісне обладнання, яке було закуплено за кошти місцевих бюджетів та в закладах охорони здоров'я не використовуються.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Матеріалами дослідження слугували результати оперативного моніторингу придбання та використання дороговартісного обладнання, яке було здійснено за кошти місцевих бюджетів в регіонах України.

Моніторингова форма включає наступні розділи: назва медичного обладнання, назва закладу охорони здоров'я (ЗОЗ) до якого надійшло обладнання та його кількість, ціна обладнання, дата оплати та дата поставки, дата введення в експлуатацію, причина не введення до експлуатації та орієнтований термін можливого введення в експлуатацію.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

На початку дослідження було вивчено та проаналізовано дані про дороговартісне обладнання, яке було закуплено за кошти місцевих бюджетів в 2017 р. та в закладах охорони здоров'я 15 регіонів. Отримані дані наведено в таблиці.

Відповідно до наведених в табл.1 даних в зазначених регіонах України закуплено за кошти місцевих бюджетів 4305 одиниць дорого вартісного обладнання на загальну суму 1 313 115 039,02 грн із яких 651 (15,1%) на суму 491 035 071,96 (37,4%) грн не введено в експлуатацію.

Інформація щодо закупленого медичного обладнання за кошти місцевих бюджетів у 2017 році

Назва медичного обладнання	К-ть, од.	Вартість (сума), грн
Волинська область		
Всього сума та кількість закупленого мед обл.	117	10 764 308,58
Всього сума та кількість закупленого мед обл., яке не введене в експлуатацію	57	6 512 550,00
Донецька область		
Всього сума та кількість закупленого мед обл.	3	29 372 934,00
Всього сума та кількість закупленого мед обл., яке не введене в експлуатацію	2	25 772 934,00
Запорізька область		
Всього сума та кількість закупленого мед обл.	188	87 115 187,23
Всього сума та кількість закупленого мед обл., яке не введене в експлуатацію	34	41 753 721,00
Івано-Франківська область		
Всього сума та кількість закупленого мед обл.	513	92 129 320,96
Всього сума та кількість закупленого мед обл., яке не введене в експлуатацію	26	21 527 032,03
Луганська область		
Всього сума та кількість закупленого мед обл.	507	163 673 104,80
Всього сума та кількість закупленого мед обл., яке не введене в експлуатацію	131	89 035 639,27
Львівська область		
Всього сума та кількість закупленого мед обл.	44	46 222 640,16
Миколаївська область		
Всього сума та кількість закупленого мед обл.	6	10 189 000,00
Всього сума та кількість закупленого мед обл., яке не введене в експлуатацію	6	10 189 000,00
Полтавська область		
Всього сума та кількість закупленого мед обл.	503	41 610 008,44
Сумська область		
Всього сума та кількість закупленого мед обл.	567	100 227 533,14
Всього сума та кількість закупленого мед обл., яке не введене в експлуатацію	77	52 722 374,30
Тернопільська область		
Всього сума та кількість закупленого мед обл.	229	26 740 628,00
Херсонська область		
Всього сума та кількість закупленого мед обл.	331	15 340 847,54
Хмельницька область		
Всього сума та кількість закупленого мед обл.	524	73 473 632,76
Черкаська область		
Всього сума та кількість закупленого мед обл.	272	45 697 861,15
Всього сума та кількість закупленого мед обл., яке не введене в експлуатацію	2	2 979 900,00
Чернігівська область		
Всього сума та кількість закупленого мед обл.	11	110 583 982,10
Всього сума та кількість закупленого мед обл., яке не введене в експлуатацію	4	82 923 230,10
м.Київ		
Всього сума та кількість закупленого мед обл.	490	459 974 050,16
Всього сума та кількість закупленого мед обл., яке не введене в експлуатацію	312	157 618 691,26
Загальна сума та кількість закупленого медичного обладнання по регіонам	4 305	1 313 115 039,02
Загальна сума та кількість обладнання, яке не введено в експлуатацію по регіонам	651	491 035 071,96

Далі було вивчено та проаналізовано дані про дороговартісне обладнання, яке було закуплено за кошти місцевих бюджетів в попередні роки та в закладах охорони здоров'я не використовуються. В табл.2 представлено дані про невстановлене обладнання вартістю більше 500 тис грн.

В закладах охорони здоров'я України не встановлено та не використовується дороговартісне обладнання, яке закуплено в минулі роки за кошти місцевих бюджетів на суму 126 568 097,63 грн. Найбільші суми неефективно затрачених коштів місцевих бюджетів на закупку дорого вартісного обладнання зареєстровано в наступних регіонах: 73 519 150,00 грн – Донецька обл., 25 532 839,63 грн – Луганська обл., 16 749 236,00 грн – м. Київ.

Загальними причинами невикористання закупленого за кошти місцевого бюджету обладнання є відсутність необхідних приміщень, відсутність дозвільних документів для введення в експлуатацію обладнання, відсутність необхідного фінансування для введення обладнання в експлуатацію.

Гранічним терміном закупки за кошти місцевого бюджету дороговартісного обладнання, яке не введено в експлуатацію, є 2012 рік.

ВИСНОВКИ

Починаючи з 2012 року не використовується дороге вартісне обладнання, яке закуплено в минулі роки за кошти місцевих бюджетів на суму 126 568 097,63 грн складає 43 одиниці. Найбільші суми неефективно затрачених коштів місцевих бюджетів на закупку дорого вартісного обладнання зареєстровано в наступних регіонах: 73 519 150,00 грн – Донецька обл., 25 532 839,63 грн – Луганська обл., 16 749 236,00 грн – м. Київ. В 2017 році із закуплених за кошти місцевих бюджетів 4 305 одиниць дороговартісного обладнання на загальну суму 1 313 115 039,02 грн 651 (15,1%) на суму 491 035 071,96 (37,4%) грн. не введено в експлуатацію.

Основними причинами невикористання закупленого за кошти місцевого бюджету обладнання є відсутність необхідних приміщень, відсутність дозвільних документів для введення в експлуатацію обладнання, відсутність необхідного фінансування для введення обладнання в експлуатацію.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням рівня використання закупленого за кошти місцевого бюджету та встановленого обладнання.

ЛІТЕРАТУРА

1. Картавцев Р.Л. Забезпеченість закладів охорони здоров'я вторинного рівня високовартісним обладнанням / Р.Л. Картавцев // Україна. Здоров'я нації. – 2014. – №2 (30). – С. 62–65.
2. Слабкий Г.О. Характеристика забезпеченості закладів охорони здоров'я третинного рівня високовартісним обладнанням та його використання / Г.О.Слабкий, Р.Л. Картавцев // Вісник соціальної медицини та організації охорони здоров'я. 2014. – №2. – С.5-9.
3. Шевченко М.В. Результати інвентаризації високовартісного обладнання у комунальних закладах охорони здоров'я вторинного та третинного рівнів надання медичної допомоги в Україні/ М.В.Шевченко, В.О. Лазаренко, Р.Л. Картавцев // Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2013 рік / за ред. О. С. Мусія. – К., 2014. – С. 259–270.
4. Слабкий Г.О. Вплив забезпеченості медичним обладнанням на рівень летальності у відділеннях інтенсивної терапії / Г.О.Слабкий, Р.Л. Картавцев // Україна. Здоров'я нації. – 2014. – №4- С. 25-27.
5. Щодо впливу забезпеченості обладнанням на рівень летальності пацієнтів у відділеннях анестезіології та інтенсивної терапії / І.М. Рогач, Г.О.Слабкий, Л.О. Качала та інш. // Тези доповідей 69-ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького складу УжНУ факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки. Ужгород. 2015 – С.50-51.
6. Слабкий Г.О. До питання впливу забезпеченості закладів охорони здоров'я медичним обладнанням на рівень летальності у відділеннях інтенсивної терапії / Г.О.Слабкий, Л.О.Качала, Р.Л. Картавцев // Матеріали міжнародної науково-практичної конференції Одеса, 19–20 лютого 2016 року. – Одеса : ГО «Південна фундація медицини», 2016. – 140 с.
7. Картавцев Р.Л. Забезпеченість закладів охорони здоров'я високовартісним обладнанням як фактор якісної медичної допомоги / Р.Л.Картавцев, В.В. Бідний// Науково-практична конференція з міжнародною участю “Організація і управління охороною здоров'я 2015”, м. Київ, ВЦ “Київ, Експо-Плаза”, 20–21 жовтня: тези доп. – С. 39.

Дата надходження рукопису до редакції: 02.03.2018 р.

Использование в системе здравоохранения дорогостоящего оборудования, которое приобретено за средства местных бюджетов

Р.Л. Картавцев¹, Г.А. Слабкий², А.Н.Дзюба^{1,3}

¹ГУ “Украинский институт стратегических исследований МОЗ Украины”, г. Киев, Украина

²ГВУЗ “Ужгородский национальный университет”, г. Ужгород, Украина

³Колледж образования и терапии имени проф. Казимира Милановского, г. Познань, Польша

Цель работы: изучить и проанализировать данные о дорогостоящем оборудовании, которое приобретено за средства местных бюджетов.

Материалы и методы. Материалами исследования служили результаты оперативного мониторинга дорогостоящего оборудования, которое приобретено за средства местных бюджетов.

Результаты и их обсуждение. Не используется дорогостоящее оборудование, которое приобретено за средства местных бюджетов на сумму 126 568 097,63 грн в количестве 43 единицы. В 2017 г. из приобретенных за средства

местных бюджетов 4 305 единиц дорогостоящего оборудования на общую сумму 1 313 115 039,02 грн 651 (15,1%) единиц на сумму 491 035 071,96 (37,4%) грн. не введено в эксплуатацию.

Основными причинами неиспользования приобретенного за средства местных бюджетов оборудования является отсутствие необходимых помещений, разрешительных документов, необходимого финансирования.

Выводы. Необходимо разработать алгоритм, согласно которому приобретенное оборудование будет вводиться в эксплуатацию в короткое время.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: дорогостоящее оборудование, местный бюджет, использование.

The use of highly expensive equipment purchased at the expense of local budgets in health care system

R.L. Kartavtsev¹, G.O. Slabkiy², O.M. Dzyuba^{1,3}

¹PE "Ukrainian Institute of Strategic Researches of Ministry Health of Ukraine", Kyiv, Ukraine

²SU "Uzhhorod National University", Uzhhorod, Ukraine

³College of Education and Therapy named after prof. Casimir Milanovsky, Poznan, Poland

Goal of research: to study and analyze the information about highly expensive equipment purchased at the expense of local budgets.

Materials and methods. The results of operative monitoring of highly expensive equipment purchased at the expense of local budgets were used as the materials for study.

Results and their discussion. 43 units of highly expensive equipment purchased at the expense of local budgets for 126 568 097.63 UAH was not put into operation. 4 305 units of highly expensive equipment were purchased at the expense of local budgets in 2017 for 1 313 115 039.02 UAH and 651 (15.1%) of them for total sum 491 035 071.96 (37.4%) UAH were not put into operation.

Principal reasons for the equipment purchased at the expense of local budgets not being put into operation are the absence of necessary accommodations, authorized documents and financing.

Conclusions. It is necessary to develop the algorithm according to which the equipment purchased will be put into operation in short time.

KEY WORDS: highly expensive equipment, local budget, use.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ

Картавецев Ростислав Леонідович – пошукач ДУ Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»; 02099, м. Київ, провулок Волго-Донський, 3.

Слабкий Геннадій Олексійович – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри громадського здоров'я, факультет післядипломної освіти та до університетської підготовки ДВНЗ "Ужгородський національний університет"; 88000, м. Ужгород, пл.. Народна, 3.

Дзюба Олександр Миколайович – доктор медичних наук, професор, заступник директора ДУ Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України» з наукової роботи; 02099, м. Київ, провулок Волго-Донський, 3.

УДК: 614.1:616-001-099-036.88-053.7-084](477.64-25)

З.В. Лашкул, В.Л. Курочка, А.П. Курган

Дитячий травматизм – одна з найважливіших проблем громадського здоров'я

ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»

Мета дослідження: розробка та впровадження моделі удосконалення профілактики випадків травматизму у підлітків.

Матеріали та методи. Відповідно до поставлених задач та для досягнення мети дослідження використано комплекс загально наукових і спеціальних методів, взаємопов'язаних та послідовно застосованих у ході дослідження: системний аналіз бібліосемантичний, статистичний.

Результати та обговорення. З метою вивчення травматизму серед дитячого населення Запорізької області проведено аналіз різних видів травматизму серед підлітків в Україні та на регіональному рівні. Вивчені основні види травм, їх розповсюдженість серед різних вікових груп в порівнянні з показниками в різних регіонах України. Проведено аналіз основних досліджень з питань профілактики підліткового травматизму в Україні та країнах світу.

Висновки. Травматизм серед дитячого населення – це проблема національної безпеки країни. Водночас це проблема вибору поведінки, проблема способу та якості життя, якості життєдіяльності населення. Є підстави вважати, що сформований в Україні «консервативний» режим дитячого травматизму є проявом соціальної незрілості, неготовності суспільства до засвоєння сучасної культури життєзберігаючої поведінки і ці проблеми можливо запобігти.

Ключові слова: травматизм, види травматизму, тенденція, заходи профілактики.

Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) та іншими міжнародними організаціями приділяється особлива увага проблемам профілактики захворювань і боротьби з ними, починаючи з дитячого віку [1]. Цим питанням присвячені міжсекторальні стратегії, відтворені у програмі "Здоров'я – 21: Основи політики досягнення здоров'я для всіх у Європейському регіоні ВООЗ" [2], а також у відповідних деклараціях, затверджених сесіями Генеральної Асамблеї ООН [3]. Одним аспектом наукових досліджень є проблемні питання високого рівня підліткового травматизму та отруєнь, що призводять до інвалідності та смертності дітей. Серед багатьох причин такого становища важливими є недостатня міжгалузева інтегрованість профілактичних заходів, вплив агресивних чинників середовища та нездоровий спосіб життя більшості мешканців країни [4-5]. Тому, виникає нагальна необхідність пошуку шляхів та можливостей щодо попередження та профілактики дитячого травматизму.

Проблемні питання профілактики окремих видів травматизму досліджували науковці: Агарков О., Берест О., Гусаров С., Климовицкий В., Міленін О., Пастернак В., Салманова О. та інші. Проте, комплексними дослідженнями уникнення та попередження дитячого травматизму та смертності від травм та отруєнь, і особливо у категорії осіб підліткового віку науковці не займалися, що суттєво актуалізує обрану тематику дослідження у науковій статті [6].

Метою наукової статті є вивчення тенденцій та особливостей дитячого травматизму і формування пропозицій з медико-соціального обґрунтуванням їх профілактики на регіональному рівні.

Матеріали та методи. Відповідно до поставлених задач та для досягнення мети дослідження використано комплекс загальнонаукових і спеціальних методів, взаємопов'язаних та послідовно застосованих у ході дослідження: системний аналіз, бібліосемантичний, статистичний.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), травми призводять до 5,8 млн. смертей щороку. Це майже 10% у структурі летальності від усіх причин серед усіх вікових груп та 22-29% – у категорії 15-59 років. Відносний показник смертності від травм – 98 на 100 тис. населення. Він досить суттєво варіює залежно від регіону та рівня економічного розвитку держави (Данія – 26; Нідерланди – 28; Україна – 88,8). Піки найбільшої травматизації – 16-25, 35-44 та 72-85 років. У віковій категорії від 1 до 34 років травма – № 1 у структурі причин смерті. Майже третина летальних випадків пов'язана з ушкодженнями при дорожньо-транспортних пригодах (ДТП). У країнах із низьким рівнем доходу показник смертності в результаті травм при ДТП був найвищим – 28,5 на 100 тис. населення (середній у світі – 18,3 на 100 тис.). У 2015 р. від травм загинуло майже 5 млн. осіб, з них у ДТП – 1,3 млн. осіб. Частота поєднаних травм і ускладнень при ДТП перевищує 70 і 80% відповідно, кожна 3-тя людина стає інвалідом [7].

Рівень травматизму в Україні активно зростає. Хоча в структурі загальної захворюваності його частка невелика (4-6%), він є однією з трьох основних причин інвалідності і займає перше місце в структурі її причин серед працездатного населення. Питома вага смертності від травм досягла 10% і вища ніж в багатьох розвинутих країнах світу. Частка дітей у віковій структурі травматизму знаходиться в межах 20-24% [7].

Про соціальну детермінованість травматизму (його зв'язок з рівнем урбанізації, інтенсивністю промислового розвитку та статтю) свідчить різна інтенсивність смертності в містах і селах від нещасних випадків, вбивств і самогубств серед чоловіків та жінок. У всіх вікових групах травми частіше трапляються у чоловіків [8-9].

Щорічно у світі від травм помирають біля 950 тис. дітей віком до 18 років. У 2016 р. в Україні з цієї причини загинуло 320 дітей.

Частота травм і отруєнь серед дітей в Україні у 2017 р. становила 509 випадки на 10 тис. населення. В Україні травмується близько 380 тис. дітей та підлітків щороку. Переважають побутовий, вуличний та дорожньо-транспортний травматизм. Воєнні дії на Сході зумовили появу нових видів травм (мінно-вибухових та ін.). Найчастіше реєструються травми кінцівок (67%), голови та шиї. У зоні найбільшого ризику – діти віком 1-5 років. Частіше страждають хлопчики. «Смертність дітей унаслідок травм у результаті ДТП залишається найвищою серед усіх країн Європи [10–11].

Тренди травматизму серед дітей 0–17 років по Запорізькій області

За досліджуваний період (2011–2017 роки) рівень травматизму серед дітей віком 0–17 років, як в Україні так і в області має тенденцію до зниження (табл. 1).

Таблиця 1
Тренди травматизму серед дітей віком 0–17 років Запорізької області в порівнянні з Україною за 2011–2017 рр. (на 10 тис. відповідного віку)

Реґіон	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Тренд +/-, %
Україна	602,3	572,7	552,9	490,6	493,6	500,6	509,5	-17,25
Запорізька обл.	636,2	533,5	491,2	478,4	474,6	507,1	516,1	-18,88
Міські ЗОЗ	580,3	570,1	517,1	499,4	479,9	533,4	557,9	-3,86
Районні ЗОЗ	707,9	485,1	456,6	450,2	467,4	471,3	459,2	-35,13

Найвищі темпи зниження зареєстровані в районах області: з 709,9 до 459,2. Тренд склав – 35,13. Значно вищі показники травматизму серед цієї вікової категорії залишаються в містах області і складають в середньому 557,9 на 10 тис. осіб. При 509,5 по Україні і 516,1 по Запорізькій області.

Серед дітей проживаючих в містах, хоча і зареєстрована незначна тенденція до зниження травматизму, (-3,86) але його показники залишаються значно вищими від показників по Україні та області (рис. 1).

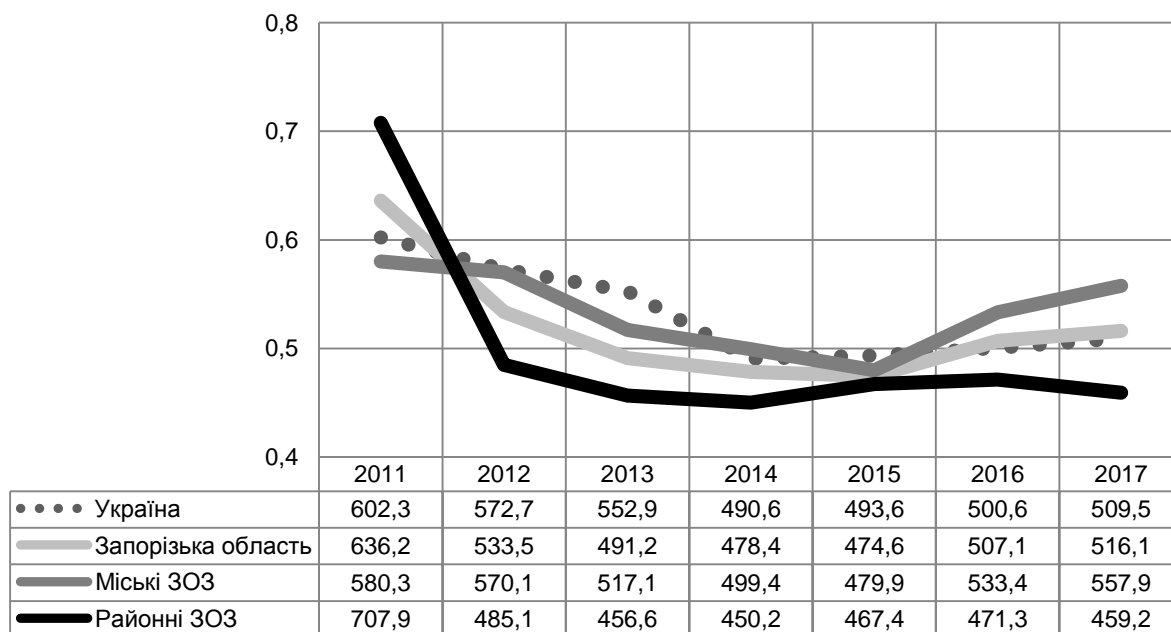


Рис. 1. Тренди травматизму серед дітей віком 0–17 років по Україні та Запорізькій обл. за 2011–2017 рр. (на 10 тис. відповідного віку)

Структура травматизму виглядає наступним чином: на першому місці – побутовий травматизм – 59,4% від загальної кількості травм, або 281,70 на 10 тис. дитячого населення; на другому – вуличний травматизм – 31,2%, або 148,00; на третьому – шкільний – 5,0%, або 38,00; на четвертому – спортивний – 3,8%, або 17,80; на п'ятому – дорожньо-транспортний – 0,5%, або 2,40 (рис. 2).

Рівень побутового травматизму (280,2) є меншим ніж по Україні (309,7) на 7,2% (табл. 2).

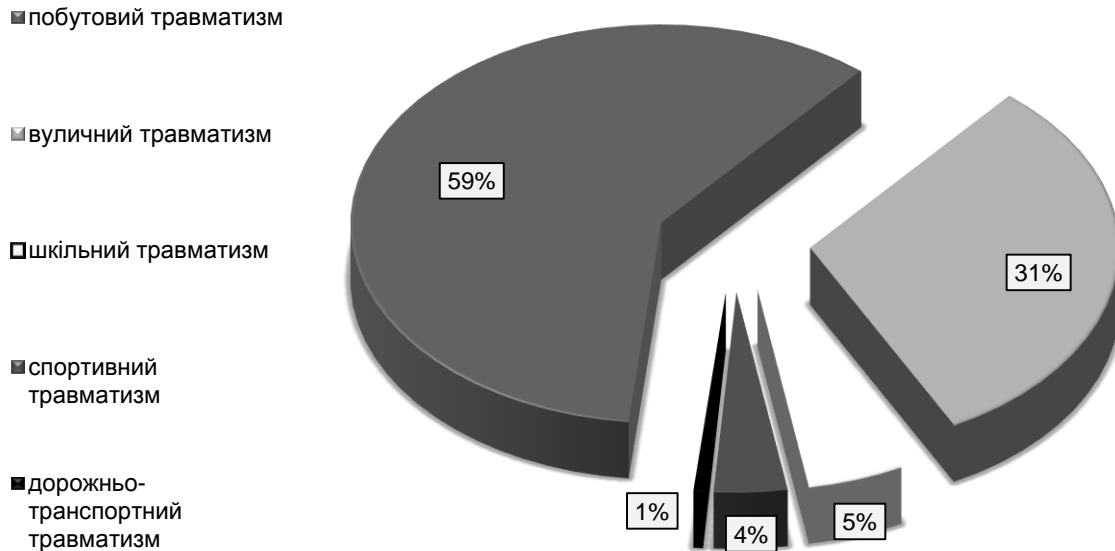


Рис. 2. Структура травматизму серед дітей віком 0–17 років по Україні та Запорізькій обл. за 2011 -2017рр. (на 10 тис. відповідного віку)

Таблиця 2

Тренди побутового травматизму серед дітей віком 0–17 років Запорізької області за 2011–2017 рр. (на 10 тис. відповідного віку)

Реґіон	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Тренд +/-, %
Україна	301,4	309,8	339,8	303,5	304,4	311	309,7	+2,98
Запорізька обл.	280,1	296,0	284,1	272,3	281,7	290,3	280,2	+0,03
Міські ЗОЗ	260,5	258,0	224,5	207,8	205,6	226,4	220,9	-15,20
Районні ЗОЗ	305,8	346,2	363,4	358,9	384,8	377,5	360,8	+17,98

Тренд за період 2011/2017 роки склав +0,03%, по Україні – +2,98%.

В той же час значно вищі показники побутового травматизму за досліджуваний період в районах області і в 2017 році складає 360,8 на 10 тис. відповідного населення (по Україні 309,7, по області 280,2). Тенденція росту цього показника по районах області складає +17,98% і на протязі всього досліджуваного періоду була вищою від показників по Україні і області, що підтверджується загальними даними по Україні, що побутовий травматизм більше характерний для сільського населення (рис. 3).

Вуличних травм за 2017 рік було зареєстровано 4321. Рівень вуличного травматизму серед дітей Запорізької області за 2017 рік (174,5) є вищим ніж по Україні (152,9) на 12,4%. Тренд вуличних травм по області склав +0,06% і на протязі досліджуваного періоду залишався стабільним. Найвищий рівень вуличного травматизму в 2017 році зареєстровано в містах області і становить в 2017 році 255,4 на 10 тис. відповідного населення, що в 3,5 рази перевищує цей показник в районах Запорізької області (64,5), та в 1,5 рази показник по Україні (152,9) (табл. 3).

Необхідно звернути увагу на тренд цього показника, якщо по Україні він має тенденцію до зменшення (-6,0%), то по Запорізькій області тенденція до зростання становить +17,98%, і вона характерна, як серед міст так і районів області (рис. 4).

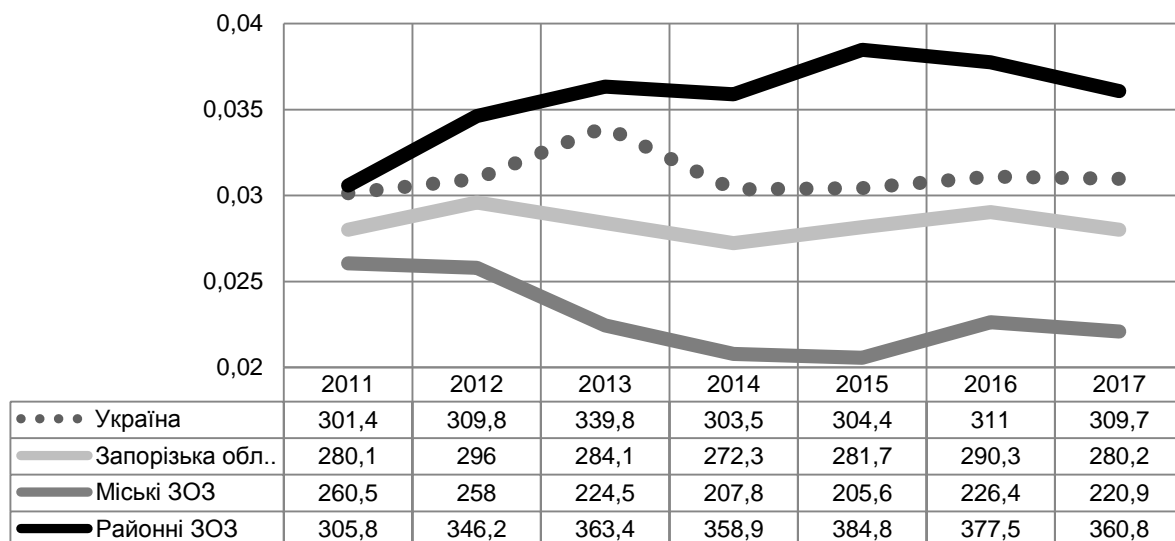


Рис. 3. Тренди побутового травматизму серед дітей віком 0–17 років Запорізької області та України за 2011–2017 рр. (на 10 тис. відповідного віку)

Таблиця 3
Тренди вуличного травматизму серед дітей віком 0–17 років Запорізької області за 2011–2017 рр. в порівнянні з Україною (на 10 тис. відповідного віку)

Регіон	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Тренд +/-, %
Україна	166,4	171,2	156,0	141,4	142,5	142,7	152,9	-6,0
Запорізька обл.	147,9	148,3	154,1	160,00	148,00	164,4	174,5	+17,98
Міські ЗОЗ	217,8	213,9	223,3	231,90	215,90	237,4	255,4	+17,26
Районні ЗОЗ	55,5	61,5	61,8	63,50	56,00	64,8	64,5	+16,21

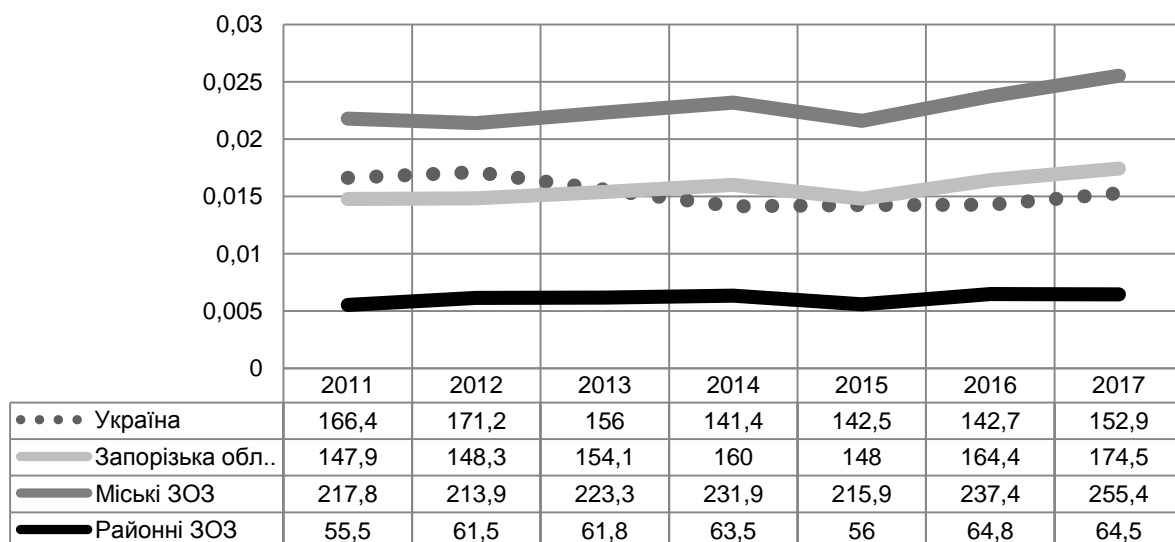


Рис. 4. Тренди вуличного травматизму серед дітей віком 0–17 років Запорізької області та України за 2011–2017 рр. (на 10 тис. відповідного віку)

Важливим розділом, щодо вивчення тенденції та місця в структурі дитячого травматизму – шкільний травматизм. Аналіз показників шкільного травматизму по Запорізькій області, показав, що він на 70% вищий від показника по Україні і становить 63,2 на 10 тис. відповідного населення (по Україні 37,1). В розрізі регіонів Запорізької області стабільно високі показники травм в школах залишаються в містах області і перевищують цей показник більше ніж в 2 рази серед районів області (табл. 4).

Таблиця 4

Тренди шкільного травматизму серед дітей віком 0–17 років Запорізької області за 2011–2017 рр. в порівнянні з показниками по Україні (на 10 тис. відповідного віку)

Регион	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Тренд +/-, %
Україна	48,6	46,7	47,7	38,0	37,1	36,3	37,1	-22,22
Запорізька обл.	64,0	45,0	57,7	53,0	49,5	60,5	63,2	-5,46
Міські ЗОЗ	81,4	53,9	54,2	50,80	50,40	61,8	85,4	+4,91
Районні ЗОЗ	42,1	33,4	26,6	24,70	21,20	27,2	32,4	-23,04

Тренд показників шкільного травматизму по Україні (2011/2017 рр.) має тенденцію до зменшення і становить -22,22%, по області за аналогічний період намітилась незначна тенденція до його зниження (-5,46%), але серед школярів міст залишається тенденція до його зростання (+4,91) (рис. 5).

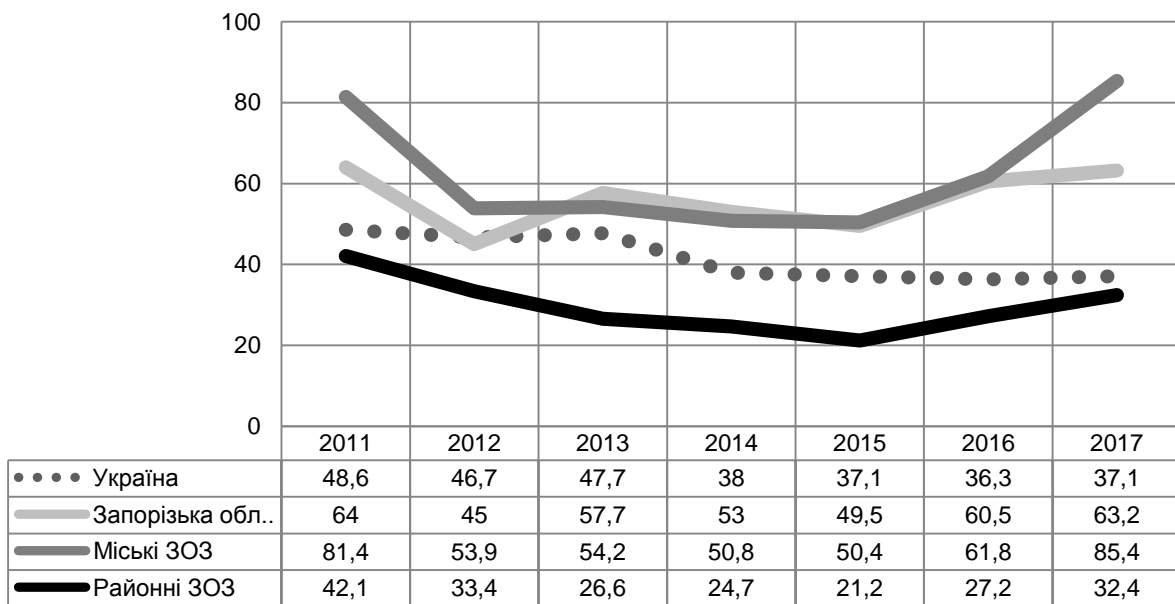


Рис. 5. Тренди шкільного травматизму серед дітей віком 0–17 років Запорізької області за 2011–2017 рр. в порівнянні з показниками по Україні (на 10 тис. відповідного віку)

В структурі дитячого травматизму спортивні травми займають передостаннє місце, як в Україні так і по області. По Запорізькій області показники спортивних травм вищі ніж по Україні на 12% і становить в 2017 році 36,4, по Україні 32,3 на 10 тис. відповідного населення. В розрізі регіонів по Запорізькій області вони вищі в містах на 38% від середнього показника по області і на 93% показників по районах області (табл. 5).

Таблиця 5

Тренди спортивного травматизму серед дітей віком 0–17 років Запорізької області за 2011–2017 рр. (на 10 тис. відповідного віку)

Регион	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Тренд +/-, %
Україна	29,1	28,5	31,2	25,7	26,6	32,8	32,3	+7,90
Запорізька обл.	31,8	20,3	34,9	29,2	28,4	29,9	36,4	+14,46
Міські ЗОЗ	47,9	29,3	32,0	25,30	24,70	27,1	50,5	+5,42
Районні ЗОЗ	11,5	8,3	8,2	8,60	8,50	7,9	17,2	+49,56

Збільшення кількості участі дітей в спортивних змаганнях впливає і на збільшення кількості спортивних травм. Їх кількість також залежить від умов в яких вони проводяться. Так тренд по Україні за 2011/2017 роки становить +7,90, по Запорізькій області +14,46. Визиває стурбованість збільшення тенденції показника спортивних травм в районах області, тренд за досліджуваний період склав +49,56% (рис. 6).

Незалежно від того, що показник дорожньо-транспортного травматизму в області за період 2011–2016 рр. був менший ніж по Україні і в 2016 році становив 2,40 на 10 тис. відповідного населення (по Україні 3,30), то в 2017 році він виріс на 100% і становить 4,4 на 10 тис. відповідного населення (по Україні 3,4) (табл. 6).

Значно виросли показники дорожньо-транспортного травматизму в містах області, тенденція їх росту за період 2011–2017 рр. складає +193%. За досліджуваний період показники дитячого дорожньо-транспортного травматизму в області були значно вищі в районах області, нажаль збереглась тенденція до їх збільшення. Тренд за період 2011/2017 рр. по районах області склав +43,3% (рис. 7).

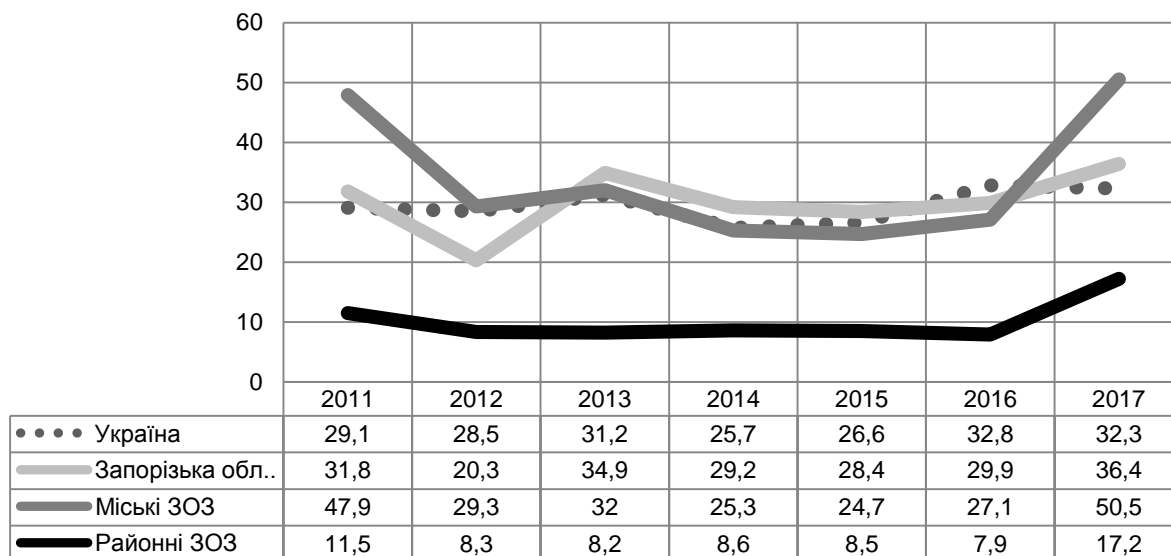


Рис. 6. Тренди спортивного травматизму серед дітей віком 0–17 років Запорізької області за 2011–2017 рр. (на 10 тис. відповідного віку)

Таблиця 6
Тренди дорожньо-транспортного травматизму серед дітей віком 0–17 років Запорізької області за 2011–2017 рр. (на 10 тис. відповідного віку)

Регіон	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Тренд +/-, %
Україна	4,2	4,1	3,7	3,3	3,4	3,5	3,4	-9,5
Запорізька обл.	2,2	3,2	3,6	2,6	2,4	2,5	4,4	+100,0
Міські ЗОЗ	1,5	1,7	2,8	2,0	1,5	2,0	4,4	+193,3
Районні ЗОЗ	3,0	5,2	4,6	3,5	3,6	3,1	4,3	+43,3

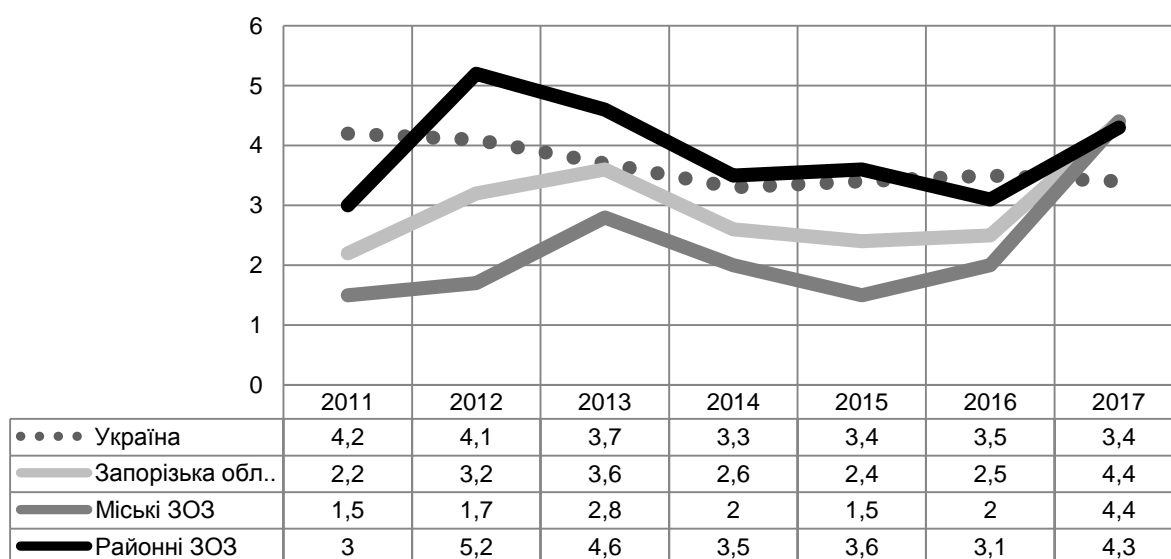


Рис. 7. Тренди дорожньо-транспортного травматизму серед дітей віком 0–17 років Запорізької області за 2011–2017 рр. (на 10 тис. відповідного віку)

ВИСНОВКИ

1. Рівень дитячого травматизму по Запорізькій області незалежно від, того що має тенденцію до зниження залишається вищим ніж по Україні.
2. Особливу занепокоєність визиває структура дитячого травматизму – біля 60% складає побутовий травматизм.
3. Аналіз видів дитячого травматизму в розрізі регіонів Запорізької області
4. Показав, що рівень вуличного, шкільного, спортивного, травматизму значно вищий в містах області, а рівень побутового, дорожньо-транспортного дитячого травматизму значно вищий в районах області.
5. На основі проведеного дослідження роботу по профілактиці дитячого травматизму в області необхідно проводити з врахуванням регіональних особливостей.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням смертності та інвалідності серед дітей пов'язаних з травмами, вивченню основних причин розповсюдження дитячого травматизму в регіонах області, надання медичної допомоги та організації профілактики травм та отруєнь.

ЛІТЕРАТУРА

1. Ринда Ф.П. Впровадження політики ВООЗ «Здоров'я для всіх у 21-му столітті» в державні програми з охорони здоров'я населення України / Ф.П. Ринда, М.О. Крисько // Україна «Здоров'я нації». – 2012. – № 1 (21). – С. 90–94.
2. Розпорядження КМУ №1164 від 31 жовтня 2011 року Про схвалення Концепції Загальнодержавної програми «Здоров'я 2000: Український вимір».
3. Резолюція, прийнята Генеральною Ассамблеєю 15 апреля 2016 года «Повышение безопасности дорожного движения во всем мире». Семидесятая сессия Пункт 13 повестки дня.
4. Шафранський В.В. Основи європейської політики і стратегія для XXI століття: стратегічне керівництво в інтересах здоров'я / В.В. Шафранський, Г.О. Слабкий, Л.О. Качала// Економіка і право охорони здоров'я. – 2016. – № 2 (4). – С. 72-74.
5. Слабкий Г.О. Інвалідність дітей як проблема ГЗ профілактики та забезпечення ефективної реабілітації / Г.О.Слабкий, В.В. Шафранський, О.О. Дудіна // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я. – 2016. – № 3 (69). – С. 1-6.
6. Слабкий Г.О. До питання смертності населення в результаті саморуйнівної поведінки / Г.О. Слабкий, Н.С. Защик // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я. – 2016. – № 3 (69). – С. 27-30.
7. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 2011–2017 роки. – Київ: ЦМС МОЗ України, 2017. – 328 с.
8. Стан здоров'я дітей 0–17 років включно за 2017 рік (аналітично-статистичний довідник) // Центр медичної статистики МОЗ України. – Київ, 2018.
9. Дудіна О. О. До стану здоров'я дитячого населення / О. О. Дудіна, Ю. Ю. Габорець, У. В. Волошина // Україна. Здоров'я нації. – 2015. – № 3. – С. 10–11.
10. Сучасні аспекти розвитку системи медико-соціальних послуг для уразливих груп дітей в Україні [Електронний ресурс] / Ю. В. Вороненко, Н. Г. Гойда, Р. О. Моїсеєнко // Укр. мед. часопис. – 2015. – № 1. – Режим доступу : <http://www.umj.com.ua/article/writer/voronenko-yu-v>.
11. Травматизм – глобальна проблема сьогодення // Медична газета «Здоров'я України 21 сторіччя». – 2017. – № 19 (416).

Дата надходження рукопису до редакції: 02.03.2018 р.

Детский травматизм – одна из важнейших проблем общественного здоровья

З.В. Лашкул, В.Л. Курочка, А.П. Курган

ГУ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины»

Цель исследования: разработка и внедрение модели совершенствования профилактики случаев травматизма у подростков.

Материалы и методы. В соответствии с поставленными задачами и для достижения цели исследования использован комплекс общих научных и специальных методов, взаимосвязанных и последовательно применяемых в ходе исследования: системный анализ библиосемантический, статистический.

Результаты и обсуждение. С целью изучения травматизма среди детского населения Запорожской области проведен анализ различных видов травматизма среди подростков в Украине и на региональном уровне. Изучены основные виды

травм, их распространение среди различных возрастных групп по сравнению с показателями в разных регионах Украины. Проведен анализ основных исследований по профилактике подросткового травматизма в Украине и странах мира.

Выводы. Травматизм среди детского населения – это проблема национальной безопасности страны. В то же время это проблема выбора поведения, проблема способа и качества жизни, качества жизнедеятельности населения. Есть основания полагать, что сформированный в Украине «консервативный» режим детского травматизма является проявлением социальной незрелости, неготовности общества к усвоению современной культуры жизнеспасающего поведения и эти проблемы можно предотвратить.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: травматизм, виды травматизма, тенденция, меры профилактики.

Children's traumatic one of the most important public health problems

Z.V. Lashkul, V.L. Kurochka, A.P. Kurgan

DZ "Zaporizhzhya Medical Academy of Postgraduate Education Ministry of Health of Ukraine"

The purpose of the study: development and implementation of a model improvement the prevention of traumatic in adolescents.

Materials and methods. In accordance with the set tasks and in order to achieve the purpose of the study, a complex of general scientific and special methods, interrelated and consistently applied in the course of the study, was used: systemic analysis of the bibliosemantic, statistical.

Results and discussion. In order to study the traumatism among the children of Zaporozhye region, an analysis of various types of traumatism among adolescents in Ukraine and at the regional level was conducted. The main types of injuries, their prevalence among different age groups in comparison with the indicators in different regions of Ukraine were studied. The analysis of the basic researches on of prevention of teenage traumatism in Ukraine and the countries of the world have been carried out.

Conclusions Traumatism among the children's population is a problem of national security of the country. At the same time, it is the problem of choice of behavior, method problem and quality of life, the quality of life of the population. There is reason to believe that formed in Ukraine "conservative" the regime of child injuries is a manifestation of social immaturity, unpreparedness of the society to assimilate the modern culture of life-saving behavior and these problems can be prevented.

KEY WORDS: traumatism, types of traumatism, tendency, preventive measures.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ

Лашкул Зінаїда Василівна – д.мед.н., доцент, завідувача кафедрою соціальної медицини, організації і управління охороною здоров'я, та МСЕ, ДЗ «ЗМАПО МОЗ України». 69000 м. Запоріжжя, бул.Вінтера 20.

Курочка Віктор Леонтіювич – к.мед.н., доцент кафедри соціальної медицини, організації і управління охороною здоров'я, та МСЕ, ДЗ «ЗМАПО МОЗ України». 69000 м. Запоріжжя, бул.Вінтера 20.

Курган Анастасія Петрівна – аспірант кафедри соціальної медицини, організації і управління охороною здоров'я та МСЕ, ДЗ «ЗМАПО МОЗ України». 69000 м. Запоріжжя, бул.Вінтера 20.

УДК 614.2001.73

В.В. Лазоришенець¹, В.Я. Бойко²

Концептуальні підходи до реформи системи охорони здоров'я Рівненської області

¹Національна академія медичних наук України²Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України

Мета роботи: визначити концептуальні підходи до реформи системи охорони здоров'я Рівненської області.

Матеріали та методи. В ході виконання дослідження використано наступні методи дослідження: статистичний, бібліосемантичний, структурно-логічного аналізу, концептуального моделювання, системного підходу. Матеріалами дослідження стали дані галузевої статистичної звітності в Рівненській області за 2015-2017 роки.

Результати та їх обговорення. Програма реформ системи охорони здоров'я Рівненської області базується на законодавчій базі України та показниках здоров'я населення області, мережі та показниках діяльності закладів охорони здоров'я. Концептуально вона передбачає пріоритетний розвиток сімейної медицини та створення госпітальних округів.

Висновки. Представлені концептуальні підходи до реформи системи охорони здоров'я Рівненської області.

Ключові слова: Рівненська область, система охорони здоров'я, реформа, концептуальні підходи.

ВСТУП

Реформа системи охорони здоров'я передбачає кардинальні якісні зміни всіх функцій системи охорони здоров'я – управління цією системою, забезпечення її відповідними ресурсами, фінансування та надання якісних медичних послуг [1, 2].

Прийняття на державному рівні законодавчих нормативно-правових документів з реформування системи охорони здоров'я, а також відповідних розпорядчих актів обласної державної адміністрації дозволили здійснити реальні кроки у реформуванні первинного рівня надання медичної допомоги, проведення підготовчих робіт для реформування спеціалізованої медичної допомоги.

- Закон України «Про внесення змін до основ законодавства про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» від 07.07.2011 № 3611-VI. [3];
- Закон України від 06.04.2017 № 2002 «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я» [4];
- Закон України від 14.11.2017 року №2206-VIII «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості»; та регіонального розвитку 05.04.2018 р. [5];
- Закон України від 19.10.2017 № 2168 «Про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів» [6];
- Постанова Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 932 «Про затвердження Порядку створення госпітальних округів» [7];
- Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 р. № 1002-р «Про схвалення Концепції розвитку системи громадського здоров'я» [8];
- Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 р. № 1013-р «Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я» та від 15.11.2017 р. № 821-р «Про затвердження плану заходів з реалізації Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я на період до 2020 року» [9];
- наказ МОЗ України від 19.03.2018 № 503 «Про затвердження порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу» [10];
- наказ МОЗ України від 19.03.2018 № 504 «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги» [11].

Мета роботи: визначити концептуальні підходи до реформи системи охорони здоров'я Рівненської області

Матеріали та методи. В ході виконання дослідження використано наступні методи дослідження: статистичний, бібліосемантичний, структурно-логічного аналізу, концептуального моделювання, системного підходу. Матеріалами дослідження стали дані галузевої статистичної звітності в Рівненській області за 2015-2017 роки.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Впродовж 2017 року пріоритетним напрямом діяльності закладів та установ охорони здоров'я області залишався подальший розвиток первинної медичної допомоги, поліпшенню якості та доступності спеціалізованої медичної

допомоги. Значна увага акцентувалась наданню медичної допомоги та профілактики захворювань для зміцнення здоров'я населення, виконанню державних цільових програм, реалізації проекту Світового банку «Покращення охорони здоров'я на службі у людей», Урядової програми «Доступні ліки», медичному супроводу учасників АТО, поліпшенню матеріально-технічного забезпечення закладів охорони здоров'я області.

Демографічна ситуація Постійне населення Рівненської області у 2017 році становило 1161,7 тис. осіб, з них міське населення – 547,0 тисяч осіб, сільське – 614,7 тис. осіб. Дітей віком 0–14 років – 238,4 тисяч, дітей підліткового віку – 39,8 тисяч, дорослого населення – 883,4 тисяч осіб.

За даними головного управління статистики у Рівненській області у 2017 році показник народжуваності зменшився з 13,5 на 1000 населення (2016 р.) до 12,4 у 2017 році; показник загальної смертності зріс до 12,6 (12,5 за 2016 р.) на 1000; показник природного скорочення населення склав – 0,2 на 1000 населення проти +1,0 за 2016 рік. Позитивний природний приріст зареєстровано в 4-х районах та 3-х містах (Березнівському, Володимирецькому, Рокитнівському, Сарненському районам та 3-х містах обласного підпорядкування).

Ресурси охорони здоров'я

Мережа: Станом на 01.04.2018 року в області функціонує 104 заклади охорони здоров'я, з них 47 стаціонарних, 28 центрів первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) (з мережею підпорядкованих 186 амбулаторії загальної практики/сімейної медицини та 611-ма ФАПами), 14 самостійних лікарських амбулаторно-поліклінічних закладів, обласний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф (структурними підрозділами якого є 3 станції, 18 підстанцій, 30 пунктів постійного базування бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги), 3 санаторії та 11 інших медичних закладів. У сільській місцевості функціонує 127 амбулаторій загальної практики-сімейної медицини; показник забезпеченості амбулаторіями зріс до 2,2 на 10 тисяч жителів.

Збільшення кількості ЗОЗ впродовж останніх років відбувалось переважно за рахунок зростання чисельності лікарських амбулаторій (з 88 у 2005 р. до 186 шляхом перепрофілювання ФАПів та відкриття самостійних амбулаторій).

У процесі децентралізації, до інфраструктури об'єднаних територіальних громад, що сформовані на теренах області, відійшло 6 центрів первинної медико-санітарної допомоги, 40 лікарських амбулаторій загальної практики/сімейної медицини, 122 фельдшерсько-акушерських пунктів та 3 районні лікарні. Чисельність населення, яке проживає на територіях 25 ОТГ, складає 175632 осіб (15,2% від всього населення по області).

Кадри. Станом на 01.01.2018 у закладах охорони здоров'я зареєстровано 26237,5 штатних посад, у т.ч. лікарів – 5034,0 посади і 10474,0 посад молодших спеціалістів з медичною освітою. Забезпеченість штатними посадами лікарів (на 10 тис. населення) становить 43,3, молодших спеціалістів з медичною освітою – 90,3. Укомплектованість штатних посад зайнятими серед лікарів – 90,8%, молодших спеціалістів з медичною освітою – 97,3%.

У системі первинної медичної допомоги зайнято понад 650 лікарів первинної ланки (дільничних лікарів-терапевтів, дільничних педіатрів лікарів загальної практики-сімейної медицини). Впродовж 2017 року за фахом "Загальна практика/сімейна медицина" додатково підготовлено 90 лікарів та 164 молодших спеціалістів з медичною освітою. Кількість штатних посад лікарів ЗПСМ впродовж останніх трьох років збільшилась на 25,7%, кількість фізичних осіб лікарів ЗПСМ – на 29,6%. Покращилась матеріально-технічна база Центрів первинної медичної допомоги та його підрозділів: Показник укомплектованості медичним обладнанням Центрів ПМСД, відповідно до затвердженого таблиця матеріально-технічного оснащення, зріс з 51,6 у 2016 році до 53,2% у 2017 році ; санітарним транспортом – на 5,1%; комп'ютерним обладнанням- на 3,7%.

Рівень фінансового забезпечення закладів охорони здоров'я відображено в табл.1.

Таблиця 1
Фінансове забезпечення закладів охорони здоров'я

Показники бюджету	2017 рік	2018 рік
Консолідований бюджет галузі охорони здоров'я:	2 033,5 млн. грн	2 006,5 млн. грн
- медична субвенція	1613,3 млн.грн	1 610,6 млн. грн
- кошти місцевих бюджетів	420,2 млн. грн	395,9 млн. грн
Субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам:		
- придбання витратних матеріалів для інгаляційної анестезії	565,5 тис. грн виконання – 99,3%	568,5 тис. грн
- придбання медикаментів для забезпечення швидкої медичної допомоги	4 113,4 тис. грн виконання – 100,0%	4 134,9 тис. грн
- реалізація проекту Світового банку «Поліпшення здоров'я на службі у людей»	113 667,5 тис. грн виконання – 40,1%	161 787,0 тис. грн
- відшкодування вартості лікарських засобів для лікування окремих захворювань	20 866,0 тис. грн виконання – 61,9%	20 964,6 тис. грн
- субвенція на придбання ангіографічного обладнання	23 430,0 тис. грн	11 538,0 тис.грн

В рамках реформування первинної медико-санітарної допомоги, впродовж 2017 – I кварталу 2018 років додатково створено: 3 центри первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД), 15 амбулаторій загальної практики-

сімейної медицини, 4 юридично самостійних комунальних закладів – амбулаторій загальної практики-сімейної медицини.

Для запровадження нової моделі фінансування первинної медичної допомоги:

- активно проводиться автономізація бюджетних закладів охорони здоров'я області шляхом перетворення їх на комунальні некомерційні підприємства (прийняті рішення районних рад, виконавчих комітетів Рівненської міської ради та об'єднаних територіальних громад по 27 закладах охорони здоров'я); 4 заклади вже функціонують як комунальні некомерційні підприємства;

- завершується реєстрація закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу в єдиній електронній системі обміну медичною інформацією- eHealth. На сьогоднішній день, у системі "Електронне здоров'я України" зареєстровано 43 заклади охорони здоров'я, з яких 30 – заклади первинної медичної допомоги (ПМД), що становить 85,7% від всіх надавачів первинної медичної допомоги, до складу яких входить 186 амбулаторій загальної практики-сімейної медицини.

- проводиться реєстрація пацієнтів в єдиній електронній системі, шляхом укладання декларацій з сімейними лікарями.

Водночас:

- в окремих районах процес підписання декларацій гальмується через відсутність технічних можливостей, зокрема недостатню комп'ютеризацію, відсутність Інтернет-зв'язку. Тільки для 209 (32,6%;) лікарів первинної ланки із 642, що надають первинну медичну допомогу, забезпечено автоматизоване робоче місце (тобто наявна комп'ютерна техніка), хоча за 2017 рік рівень комп'ютеризації амбулаторій загальної практики-сімейної медицини суттєво зріс (на 20,6%);

- доступ до мережі Інтернет наявний у всіх центрах ПМСД та у 135 лікарських амбулаторіях з 186, що становить – 72,5% від загальної кількості амбулаторій. Відсутність Інтернет-зв'язку унеможлиблює реєстрацію закладу охорони здоров'я в електронній системі, а отже і підписання декларацій та впровадження нової системи оплати праці медичних працівників напервинному рівні;

- проблемним питанням є також відсутність діагностичного та телемедичного обладнання для впровадження телемедичної мережі ЕКГ-діагностики на рівні закладів охорони здоров'я первинної ланки, як це передбачено Законом України від 14 листопада 2017 року №2206-VIII «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості».

- потребує удосконалення також інформаційно-роз'яснювальна робота серед населення. Кожен громадянин повинен знати про обсяги гарантованого медичного забезпечення після підписання декларації з лікарем.

Шляхи вирішення проблемних питань первинної медичної допомоги

1) реалізація в області регіонального субпроєкту «Підвищення ефективності лікування та профілактики хвороб системи кровообігу в Рівненській області на період з 2015 по 2020 роки» спільного з МОЗ України проєкту Світового банку в частині поетапної реконструкції 25 ФАПів у лікарські амбулаторії загальної практики-сімейної медицини та проведення капітальних ремонтів 66 функціонуючих амбулаторій, укомплектування їх медичним обладнанням, комп'ютерною технікою а також закупівлі 5-ти серверів, 322-х комп'ютерів, 260 – БФП (багатофункціональний пристрій для друку/копіювання), мережевого та серверного обладнання, системного програмного забезпечення. Близько 80,0% цього обладнання призначено для використання в лікарських амбулаторіях;

2) Реалізація перспективного плану спроможних мереж надання первинної медичної допомоги, затвердженого МОЗ України та Мінрегіонбудом (лист МОЗ України від 30.03.2018р №19.1-07/513/8236), в рамках Закону України від 14.11.2017 року № 2206-VIII « Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості»,

3) Забезпечення лікарських амбулаторій загальної практики-сімейної медицини комп'ютерною технікою та медичним обладнанням шляхом закупівлі за кошти місцевих бюджетів, спонсорських та інших, не заборонених чинним законодавством.

З метою підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості ключовим завданням Закону України від 14.11.2017 року №2206-VIII « Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» є *Формування спроможних мереж* надання первинної медичної допомоги.

З цією метою, відповідно до вимог постанови Кабінету Міністрів України від 6 грудня 2017 року №983 "Деякі питання надання субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам на здійснення заходів, спрямованих на розвиток системи охорони здоров'я у сільській місцевості" та спільного наказу Міністерства охорони здоров'я України та Міністерства регіонального розвитку, будівництва та житлово-комунального господарства України від 06.02.2018 №178/24 "Про затвердження Порядку формування спроможних мереж надання первинної медичної допомоги", фахівцями управління охорони здоров'я за співпраці з Медичною радою реформ, яка створена при облдержадміністрації, спільно з керівниками закладів первинної медичної допомоги районів та об'єднаних територіальних громад розроблено проєкт плану спроможної мережі надання первинної медичної допомоги.

Перспективний план формування на теренах області спроможної мережі надання первинної медичної допомоги по кожному району та об'єднаних територіальних громад (ОТГ), попередньо затверджений головами райдержадміністрацій та ОТГ(надано гарантійні листи на співфінансування з місцевих бюджетів у розмірі не менше 20% проєкту спроможної мережі району чи ОТГ).У березні 2018 року План погоджений у Міністерстві охорони здоров'я України (лист – погодження від 30.03.2018 № 19.1- 07/513/8236) та направлений до Мінрегіонбуду.

Проект картографічної частини плану спроможної мережі надання первинної медичної допомоги, який містить дві адміністративні карти (на мапі "Google Maps" посилання <https://www.google.com/maps/d/u/0/viewer?hl=uk&mid=1zULjNo1Qqdi7x4tlD3tRR6oY4aDSX2NT&ll=50.991182456766154%2C26.41924349999993&z=8>),

на яких позначені:

- наявна мережа надання первинної медичної допомоги;

- майбутні заклади первинної медичної допомоги відповідно до мережі. Даний проект спроможної мережі надання первинної медичної допомоги

Перспективний план передбачає будівництво 34 лікарських амбулаторій загальної практики-сімейної медицини, реконструкцію 18 лікарських амбулаторій загальної практики сімейної медицини та оснащення їх медичним, діагностичним, (комп'ютерним в т.ч. телемедичним обладнанням, санітарним транспортом). Для визначення спроможності мережі затверджений фінансовий калькулятор. Субвенція з державного бюджету місцевим бюджетам на реалізацію заходів, спрямованих на розвиток системи охорони здоров'я у сільській місцевості передбачає виділення для Рівненської області 186 357,9 тис. грн. та ще додатково 46,0 млн. грн.

В цілому, впровадження плану спроможної мережі надання первинної медичної допомоги в регіоні дасть змогу:

- збільшити загальну кількість лікарських амбулаторій до 249, що дозволить покращити показник забезпеченості лікарськими амбулаторіями у сільській місцевості з 2,1 до 3,1 (норматив – 3,3 на 10 тисяч сільських жителів);

- реорганізувати 260 фельдшерсько-акушерських пунктів у пункти здоров'я, де лікар первинної ланки 2 рази на тиждень буде надавати кваліфіковану первинну медичну допомогу населенню;

- 52 фельдшерсько-акушерських пунктів, які обслуговують менше 200 жителів, заплановано реорганізувати у медичні пункти тимчасового базування.

Розвиток та модернізація закладів охорони здоров'я первинного рівня надання медичної допомоги продовжуватиметься з врахуванням реалізації на теренах області регіонального субпроєкту «Підвищення ефективності лікування та профілактики хвороб системи кровообігу в Рівненській області на період з 2015 по 2020 роки» спільного з МОЗ України проєкту Світового банку «Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей», в частині поетапної реконструкції 25 ФАПів у лікарські амбулаторії загальної практики-сімейної медицини та проведення капітальних ремонтів 66 функціонуючих амбулаторій, укомплектування їх медичним обладнанням, комп'ютерною технікою тощо, що координується з перспективним планом формування на теренах області спроможних мереж надання первинної медичної допомоги.

В процесі **реформування вторинного рівня надання медичної допомоги** (спеціалізованої) здійснені заходи щодо оптимізації ліжкового фонду, удосконалення матеріально-технічної бази закладів охорони здоров'я вторинного рівня надання медичної допомоги (табл.2).

Таблиця 2

Мережа лікувально-профілактичних закладів охорони здоров'я вторинного та третинного рівня (спеціалізованої, високоспеціалізованої) медичної допомоги

Показник	2015	2016	2017
Число лікарняних закладів	48	47	47
Ліжковий фонд	9243	8792	8397
Забезпеченість ліжками на 10 тис. нас.	79,7	76,3	72,3
Робота ліжка	325,5	330,1	333,4
Середній термін перебування на ліжку	11,0	10,7	10,6
Рівень госпіталізації	236,8	236,6	226,7
Число закладів, які надають спеціалізовану амбулаторно-поліклінічну допомогу	52	58	56

- Впродовж 2017 року року скорочено близько 400 стаціонарних ліжок; загальна кількість ліжок становить 8397, забезпеченість якими складає 72,3 на 10 тис. населення (норматив-70 на 10 тис. населення);

- Для впровадження нової системи фінансування вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги в області продовжується реалізація пілотного проєкту МОЗ України щодо запровадження нової системи оплати праці медичним працівникам, що надають вторинну (спеціалізовану) стаціонарну медичну допомогу у лікувальних закладах охорони здоров'я Рівненської області, шляхом використання діагностично-споріднених груп (ДСГ) для обліку наданої медичної допомоги;

- З метою упорядкування мережі та системи надання спеціалізованої медичної допомоги населенню області, в рамках реалізації ст.35-2 Закону України «Про внесення змін до основ законодавства про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» від 07.07.2011 № 3611-VI, постанови Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 року № 932 «Про затвердження Порядку створення госпітальних округів» та наказу МОЗ України від 20.02.2017р №165 « Про затвердження Примірною положення про госпітальний округ», фахівцями управління охорони здоров'я облдержадміністрації був розроблений регіональний проєкт формування на теренах Рівненської області 3-х госпітальних округів (Рівненський, Сарненський, Дубенський). Склад госпітальних округів Рівненської області

затверджений розпорядженням Кабінету Міністрів України від 22.03.2017 № 200-р «Про затвердження переліку та складу госпітальних округів Рівненської області».

При формуванні госпітальних округів передбачається збереження загальної чисельності функціонуючої мережі закладів охорони здоров'я вторинного рівня надання медичної допомоги та формування на їх базі нових типів закладів охорони здоров'я: багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування першого/другого рівня, лікарні планового лікування, лікарні відновного (реабілітаційного) лікування, консультативно-діагностичні центри, спеціалізовані медичні центри та інші.

Функції БЛІЛ першого рівня у складі госпітального округу затверджені наказом МОЗ України від 20.02.2017 №165 (у редакції наказу МОЗ України від 18.12.2017 № 1621) Спеціалізація медичної допомоги БЛІЛ першого рівня для надання екстреної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги у стаціонарних умовах здійснюється за наступними лікарськими спеціальностями: акушерство і гінекологія, анестезіологія, ендоскопія, клінічна лабораторна діагностика, клінічна імунологія, клінічна біохімія, медицина невідкладних станів, неврологія, ортопедія і травматологія, патологічна анатомія, педіатрія, рентгенологія, терапія, трансфузіологія, ультразвукова діагностика, хірургія. При потребі, на базі БЛІЛ першого рівня може бути організоване надання пацієнтам вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги також за іншими лікарськими спеціальностями в умовах стаціонару (денного стаціонару) чи в амбулаторних умовах, у тому числі паліативної та реабілітаційної допомоги.

Управлінням охорони здоров'я Рівненської облдержадміністрації надана інформація до МОЗ України про стан функціонування госпітальних округів у Рівненській області та багатопрофільні лікарні інтенсивного лікування, рівень доступності до яких необхідно підвищити за рахунок будівництва та реконструкції під'їзних автомобільних доріг місцевого значення, зокрема: Зарічне-Дубровиця-Сарни (табл. 3).

Таблиця 3

Примірний план створення на теренах області госпітальних округів та багатопрофільних лікарень інтенсивного лікування II типу

Прогнозована назва госпітального округу	ЛІЛ II типу	Населені пункти, що підлягають обслуговуванню
Рівненський госпітальний округ 634 803 жителів	м. Рівне - міська ЛІЛ - обласна ЛІЛ - багатопрофільна дитяча ЛІЛ	м. Рівне
		Рівненський район
		Гощанський район
		Корецький район
		Костопільський район
		Березнівський район
Сарненський госпітальний округ 347 167 жителів	м. Сарни	Здолбунівський район
		Сарненський район
		Володимирецький район
		м.Кузнецовськ
		Дубровицький район
Дубенський госпітальний округ 173 996 жителів	м. Дубно	Заріченський район
		Рокитнівський район
		м.Дубно
		Дубенський район
		Млинівський район
		Демидівський район
		Радивилівський район

Крім того в області здійснено наступне:

- завершено реконструкцію поліклінічного корпусу комунального закладу «Володимирецька центральна районна лікарня» під лікувальний корпус з розгортанням хірургічного відділення на 19 ліжок з операційним блоком, відділення анестезіології та інтенсивної терапії, типового приймального відділення та консультативно-діагностичної поліклініки на 250 відвідувань в зміну;

- завершені роботи по реалізації проекту «Реконструкція терапевтичного корпусу комунального закладу «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» Рівненської обласної ради (заміна вікон, реконструкція даху, утеплення фасадів та перекриття V поверху, укомплектування меблями) з частковим переплануванням і заміною інженерних мереж;

- створено пункт екстреної (швидкої) медичної допомоги у м. Вараш та пункт невідкладної медичної допомоги у с. Тинне Сарненського району;

- поліпшено матеріально-технічну базу пологопомічних закладів Сарненського, Костопільського та Дубенського району (доукомплектування сучасним медичним обладнанням та проведення капітальних ремонтів);

- на базі комунального закладу «Рівненський обласний госпіталь ветеранів війни» Рівненської обласної ради госпітально створений «Республіканський центр лікування та реабілітації наслідків нейротравм» для довготривалого лікування важких травм головного та спинного мозку (Постанова Кабінету Міністрів України від 24.05.2017р № 482 «Про затвердження Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті для створення і забезпечення функціонування Республіканського центру лікування та реабілітації наслідків нейротравм»;

- завершені роботи по будівництву II-го пускового комплексу Рокитнівської центральної районної лікарні;
- впроваджена Урядова програма « Доступні ліки » ; станом на 01.01.2018 року здійснено відшкодування вартості лікарських засобів на суму 17 101,9 тисяч гривень.

- закуплено 18 автомобілів швидкої допомоги класу В для центральних районних та міських лікарень;
- здійснюються заходи щодо впровадження в області системи електронної картки пацієнта та спеціалізованого медичного реєстру;

- вирішено питання закупівлі 5-ти серверів, 322-х комп'ютерів, 260 – БФП (багатофункціональний пристрій для друку/копіювання), мережевого та серверного обладнання, системного програмного забезпечення. Близько 80,0% цього обладнання призначено для використання в лікарських амбулаторіях.

- проведений тендер для визначення виконавців робіт першого етапу з реконструкції та ремонту 29 об'єктів (ФАПів та лікарських амбулаторій) у чотирьох районах області: Рокитнівському (9 об'єктів), Дубровицькому (7 об'єктів), Зарічненському (4 об'єкти) та Володимирецькому (9 об'єктів) районах. Розпочаті роботи попроведенню реконструкції 5 об'єктів охорони здоров'я під лікарські амбулаторії загальної практики-сімейної медицини;

- проведено 40 тренінгів та підготовлено 840 лікарів первинної ланки з питань сучасних аспектів тактики ведення та лікування хворих на артеріальну гіпертензію та ішемічну хворобу серця;

Для модернізації **високоспеціалізованої** (третинної) медичної допомоги:

- на базі комунального закладу «Рівненська обласна клінічна лікарня» Рівненської обласної ради створений обласний обласний кардіологічний центр, для ремонту приміщень якого рішенням сесії Рівненської обласної ради були виділені кошти в розмірі 800 тис. грн (у рамках співфінансування регіонального субпроєкту «Підвищення ефективності лікування та профілактики хвороб системи кровообігу в Рівненській області на період з 2015 по 2020 роки» спільного з МОЗ України проєкту Світового банку «Поліпшення охорони здоров'я на службі у людей»);

- для відкриття сучасного кардіологічного центру на базі відділення інтервенційної радіології КЗ "Рівненська обласна клінічна лікарня" Рівненської обласної ради закуплено та встановлено ангиографічний комплекс, спеціалізований кардіо-вускулярний сканер, апарати штучної вентиляції легень та поставлено 22 одиниці надсучасної техніки європейського зразка, зокрема: дефібрилятор/монітор – 3 шт., електрокардіограф 12-канальний – 4 шт., монітор реанімаційно хірургічний – 10 шт., імунологічний аналізатор – 1 шт., зовнішній кардіостимулятор – 2 шт., аспіратор – 2 шт., завдяки чому операційну та палату інтенсивної терапії обладнано відповідно до сучасних стандартів загальною вартістю 1 мільйон 120 тисяч доларів США;

З метою покращення надання високоспеціалізованої медичної допомоги жителям Рівненщини з серцево-судинними захворюваннями та впровадження новітніх технологій консервативного та оперативного лікування хворих, на базі Рівненського обласного клінічного лікувально-діагностичного центру ім. В. Поліщука відкрито філію Державної установи "Інститут серця Міністерства охорони здоров'я України".

Проведено 40 тренінгів та підготовлено 840 лікарів первинної ланки з питань сучасних аспектів тактики ведення та лікування хворих на артеріальну гіпертензію та ішемічну хворобу серця;

В результаті заощадження коштів від проведених тендерних закупівель в рамках проєкту Світового банку планується створити ще один серцево-судинний центр на базі КЗ "Сарненська центральна районна лікарня" Сарненської районної ради.

ВИСНОВКИ

Програма реформ системи охорони здоров'я Рівненської області базується на законодавчій базі України та показниках здоров'я населення області, мережі та показниках діяльності закладів охорони здоров'я. Концептуально вона передбачає пріоритетний розвиток сімейної медицини та створення госпітальних округів.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням процесу реформування системи охорони здоров'я Рівненської області.

ЛІТЕРАТУРА

1. Лехан В. М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко. – К., 2010. – 50 с.
2. Здоров'я 2020. Основи європейської політики та стратегія для XXI століття. WHO. Regional Office for Europe. Copenhagen, 2013. – 224 с.
3. Закон України « Про внесення змін до основ законодавства про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» від 07.07.2011 № 3611-VI.

4. Закон України від 06.04.2017 № 2002 « Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я».

5. Закон України від 14.11.2017 року №2206-VIII « Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості».

6. Закон України від 19.10.2017 № 2168 « Про державні фінансові гарантії надання медичних послуг та лікарських засобів».

7. Постанова Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 932 «Про затвердження Порядку створення госпітальних округів».

8. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 р. № 1002-р « Про схвалення Концепції розвитку системи громадського здоров'я».

9. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30.11.2016р №1013-р «Про схвалення Концепції реформи фінансування системи охорони здоров'я».

10. Наказ МОЗ України від 19.03.2018 №503 « Про затвердження порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу».

11. Наказ МОЗ України від 19.03.2018 №504 « Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги».

Дата надходження рукопису до редакції: 26.02.2018 р.

Концептуальные подходы к реформированию системы здравоохранения Ровенской области

В.В. Лазоришинец¹, В.Я. Бойко²

¹Национальная академия медицинских наук Украины

²Украинский институт стратегических исследований МЗ Украины

Цель работы: определить концептуальные подходы к реформированию системы здравоохранения Ровенской области

Материалы и методы. В ходе исследования использовались следующие методы: статистический, библиосемантический, структурно-логического анализа, концептуального моделирования, системного подхода. Материалами исследования стали данные отраслевой статистической отчетности в Ровенской области за 2015-2017 года.

Результаты и их обсуждение. Программа реформы системы здравоохранения Ровенской области базируется на законодательной базе Украины и показателях здоровья населения, сети и показателях деятельности учреждений здравоохранения.

Концептуально она определяет приоритетное развитие семейной медицины и формирование госпитальных округов.

Выводы. Представлены концептуальные подходы к реформированию системы здравоохранения Ровенской области.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: Ровенская область, система здравоохранения, реформа, концептуальные подходы.

Conceptual approaches to healthcare system reform in Rivne region

V. V. Lazoryshynets¹, V. Ya. Boiko²

¹National Academy of Medical Sciences of Ukraine

²Ukrainian institute of Strategic Research of MH of Ukraine

Goal of research: to define the conceptual approaches to healthcare system reform in Rivne region.

Materials and methods. The following methods were applied in the course of study: statistical, bibliosemantic, of structural-and-logical analysis, of conceptual modeling, of systemic approach. The data of branch statistic reporting in Rivne region for the years 2015-2017 were taken as materials for study.

Results and their discussion. The program of healthcare system reform in Rivne region is developed on the legislative base of Ukraine and the indices of population health in the region, the network and indices of healthcare institutions activity. Conceptually it provides priority development of family medicine and the creation of the hospital districts.

Conclusions. Conceptual approaches to healthcare system reform in Rivne region are presented.

KEY WORDS: Rivne region, healthcare system, reform, conceptual approaches.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ

Лазоришинець Василь Васильович – доктор медичних наук, професор, член-кореспондент НАМН України, директор Інституту серцево-судинної хірургії ім. Амосова.

Бойко Віталій Ярославович – пошукач ДУ Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»; 02099, м. Київ, провулок Волго-Донський, 3.

В.Д. Парій, Т.В. Кожемякіна, А.В. Жила., Д.Г. Матукова-Ярига

Досвід викладання курсу «Економіка охорони здоров'я» серед студентів медичного університету

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

Мета – визначення особливостей і обмін досвідом організації навчального процесу при викладанні основ економіки охорони здоров'я студентам випускного курсу стоматологічного і медичних факультетів.

Матеріали та методи – досвід викладання дисципліни «Економіка охорони здоров'я» кафедрою Менеджменту охорони здоров'я Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, навчально-методичні матеріали кафедри.

Результати. Структурованість викладання курсу Економіки охорони здоров'я, гарне методичне забезпечення та базування на компетентністному підході дозволяють забезпечити гарну підготовку майбутніх лікарів до роботи в умовах ринкового середовища. Опитування студентів довело, що 56,3±1,7% респондентів вважають, що вивчення означеної дисципліни має надзвичайно важливе значення для їх майбутньої лікарської діяльності, 25,0±0,5% вважають що вивчення дисципліни є важливим.

Висновки. Існує необхідність постійного вдосконалення організації навчального процесу на основі активного пошуку і використання різноманітних способів та форм навчально-методичної роботи з метою формування відповідних компетентнісних характеристик та креативного ставлення у студентів до подальшої лікарської діяльності з позицій клініко-економічного підходу та доказової медицини.

Ключові слова: економіка охорони здоров'я, компетентність, студенти, освіта.

ВСТУП

Українська економіка з лютого 2008 року визнана світовою спільнотою як ринкова, проте економічні відносини в охороні здоров'я все ще зберігають чимало рудиментарних ознак, успадкованих від адміністративно-командної економічної системи, що призвело до формування непритаманних для ринкової економіки процесів, як-то: відсутності реальної автономії в діяльності медичних закладів; неефективного використання основних ресурсів; орієнтації переважно на екстенсивні замість інтенсивних показників (ліжко-дні, число відвідувань в амбулаторні установи, обіг лікарняного ліжка тощо). При цьому заручниками означеної ситуації зазвичай стали лікарі, які отримують мізерну заробітну плату за свою роботу, коли не враховується обсяг, якість, складність та кінцеві результати лікарської діяльності, що виключає можливість стимулів для підвищення трудової активності та поліпшення клінічних результатів.

Тому перехід вітчизняної охорони здоров'я на ринкові засади, забезпечення повної господарської самостійності бюджетним медичним закладам є надзвичайно актуальним питанням щодо розуміння медичним персоналом економічних основ своєї діяльності та використання специфічних фінансово-економічних інструментів як важливої передумови трудової адаптації та конкурентоспроможності в якісно новому економічному середовищі.

У цьому зв'язку викладання курсу «Економіка охорони здоров'я» серед студентів-медиків необхідно розглядати як важливий чинник впливу на ефективність функціонування медичної галузі, загалом, і медичних закладів, зокрема, що доводить актуальний характер проведеного дослідження.

Метою роботи є визначення особливостей і обмін досвідом організації навчального процесу при викладанні основ економіки охорони здоров'я студентам випускного курсу стоматологічного і медичних факультетів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для розкриття теми дослідження нами був узагальнений досвід викладання дисципліни «Економіка охорони здоров'я» студентам 5 курсу стоматологічного факультету та 6 курсу медичних факультетів професорсько-викладацьким складом кафедри Менеджменту охорони здоров'я Національного медичного університету імені О.О. Богомольця. Приведені навчально-методичні матеріали, напрацьовані викладачами кафедри за часи викладання дисципліни.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Кафедрою менеджменту охорони здоров'я в якості основних завдань при викладанні «Економіки охорони здоров'я» визначено ознайомлення студентів з теоретичними основами навчальної дисципліни та особливостями економічних відносин в медичній сфері, формування в них вміння, навичок і компетентностей відносно тих особливостей, які виникли в процесі реформування охорони здоров'я, що обумовлює нові виклики перед медичними

працівниками в частині цільового управління медичними технологіями, виходячи з принципів доказової медицини та фармако-економічного аналізу, забезпечення належного рівня медичних послуг та підвищення ефективності фінансово-господарської діяльності медичного закладу.

Відповідно ст. 11 Закону України «Про освіту» компетентність – це «...динамічна комбінація знань, вмінь і практичних навичок, способів мислення, професійних, світоглядних і громадських якостей, морально-етичних цінностей, яка визначає здатність особи успішно здійснювати професійну та подальшу навчальну діяльність і є результатом навчання на певному рівні вищої освіти [1].

В контексті викладання означеної навчальної дисципліни значна увага приділяється формуванню у студентів загального рівня економічної культури і одночасно чітко визначено комплекс необхідних у майбутній лікарській професії компетентностей, а саме:

- засвоєння, розуміння сутнісних характеристик та вміння використовувати за цільовим призначенням основних економічних термінів, дефініцій, понять і тлумачень в процесі спілкування і самостійної професійної діяльності;
- засвоєння основних етико-моральних та економіко-психологічних принципів в системі економіко-правових відносин з пацієнтами;
- розуміння значення економічних законів, категорій та закономірностей в сфері регулювання ринку медичних послуг;
- формування економічного світогляду як важливої передумови клініко-економічного підходу в медичній практиці з позицій доказової медицини та прогресивних медичних стандартів.

Цільовий підхід дозволяє в процесі вивчення курсу оволодіти студентами таким набором вмінь, навичок та способів використання фінансово-економічних методів в медичній практиці, як:

- оволодіння методикою розрахунку прямих і непрямих (постійних та змінних) витрат у собівартості, вартості та ціни, прибутку і рентабельності, загального і чистого доходу в процесі реалізації медичних послуг;
- оволодіння підходами щодо раціонального, цільового та ефективного використання фінансових, матеріальних і кадрових ресурсів в медичній сфері;
- оволодіння маркетинговими прийомами щодо залучення пацієнтів та формування пацієнтської бази в процесі медичної практики в умовах конкурентного середовища;
- вміння обирати спосіб профілактики, діагностики, лікування та реабілітації з позицій фармако-економічного, частотного, ABC-аналізу та VEN-аналізу;
- вміння складати бізнес-план та відображати його основні структурні компоненти;
- оволодіння загальними засадами побудови та налагодження підприємницької діяльності в медичній сфері.

Загальний обсяг навчального курсу передбачає 1,5 кредитів і охоплює вісім тематичних напрямків.

Тема № 1. «Заклад охорони здоров'я як суб'єкт господарювання. Основи підприємницької діяльності», вивчення якої спрямоване на формування у студента уяви про економічний зміст, що вкладається у поняття «здоров'я», поняття «Економіки охорони здоров'я» як науки. Розкривається зміст поняття медичного закладу як суб'єкта фінансово-господарських відносин. Надається інформація про особливості діяльності медичних закладів, пов'язані із формою власності. Розкриваються особливості здійснення підприємницької діяльності в медичній галузі.

Тема № 2. «Особливості формування ринкових відносин в системі охорони здоров'я та маркетингова діяльність медичних закладів» передбачає ясне усвідомлення студентами ключових термінологічних понять, пов'язаних з ринковою економікою, зокрема таких як «ринок», «конкуренція», «попит», «пропозиція», «послуга», «маркетинг», що дозволяє майбутньому лікарю більш чітко уявити особливості впливу ринкових чинників на фінансово-господарську діяльність медичного закладу та адекватно і своєчасно реагувати на них в процесі своєї діяльності. Важливою складовою є також детальний розгляд різних аспектів маркетингової діяльності, включаючи засвоєння поняття «маркетинг», набуття знань щодо нині існуючих маркетингових концепцій та стратегій, що дозволяє лікарю визначити стратегічні орієнтири розвитку в умовах ринкового середовища і правильно використовувати сучасний маркетинговий інструментарій в практичній діяльності.

Тема № 3. «Ресурсне забезпечення діяльності закладів охорони здоров'я». Вивчення теми дає студентам розуміння того, які ресурси необхідні для забезпечення діяльності медичного закладу. Формує уявлення про особливості використання в діяльності трудових, матеріальних та фінансових ресурсів. Дає можливість робити оцінку ефективності використання різноманітних ресурсів та оперувати у подальшій діяльності необхідними важелями впливу на ефективність використання основних і оборотних засобів, що знаходяться в розпорядженні медичного закладу, фінансових та інвестиційних ресурсів. Впливати на продуктивність праці медичних працівників.

Тема № 4. «Системи фінансування закладів охорони здоров'я». Вивчення теми покликане дати студентам поняття фінансових ресурсів та розуміння ключових підходів до формування фінансових потоків, що спрямовуються на фінансування медичної допомоги в країні. Дається інформація про особливості приватної, страхової та бюджетної систем організації фінансування охорони здоров'я. На прикладі таких провідних країн світу як Великобританія, Німеччина, Сполучені Штати Америки розглядаються особливості практичного застосування вказаних моделей, їх переваги та недоліки. Розглядаються такі різновиди страхування як обов'язкове та добровільне медичне страхування. Дається поняття про основні методи оплати медичної допомоги, як способу використання фінансових ресурсів медичного закладу.

Тема № 5. «Загальнотеоретичні основи ціноутворення на медичні послуги». Вивчення теми націлене на формування у студентів уяви про формування витрат при здійсненні медичними закладами своєї основної діяльності.

Дає поняття собівартості медичної послуги, ціни медичної послуги, прибутку від діяльності медичного закладу. Тема є особливо актуальною в сучасних умовах реформування системи охорони здоров'я, адже розуміння змісту поняття витрат дає можливість також розуміти особливості управління витратами і, відповідно – більш раціонального використання наявних у медичних закладах ресурсів. Подібні знання вельми актуальні незважаючи на тип медичного закладу – комунальне це підприємство, що фінансується переважно з бюджету, або приватний медичний заклад, що повністю самостійно заробляє кошти в умовах ринку.

Теми № 6–7. «Економічний аналіз діяльності закладів охорони здоров'я. Сучасні методи економічного аналізу в системі охорони здоров'я». Викладання даних тем має за мету формує у студентів системи знань щодо методів та прийомів економічного аналізу, навичок його здійснення в різних умовах. Дозволяє оволодіти різними методами фармако-економічного аналізу, що дає можливість при виборі альтернативного методу лікування враховувати також економічні аспекти вибору. Застосовувати для обґрунтування управлінських рішень сучасні методи економічного аналізу, такі як ABC-аналіз, VEN-аналіз, частотний аналіз тощо.

Тема № 8. «Методика проведення фінансового аналізу господарської діяльності медичного закладу». Призначення даної теми – надати студентам поняття щодо фінансової звітності медичного закладу, як основного джерела інформації щодо результативності його фінансово-господарської діяльності, сформулювати у слухачів поняття та навички здійснення аналізу фінансової документації.

Для зручності викладання дисципліни та ефективного навчання студентів фахівцями кафедри розроблено цілий ряд науково-методичних розробок, зокрема навчальні посібники з курсу [2, 3, 4]. Актуальність викладання матеріалу підтверджено відповідністю законодавчим актам, що регулюють діяльність у сфері охорони здоров'я України [5, 6].

Практичний блок вивчення «Економіки охорони здоров'я» прив'язаний до лекційної тематики і має за мету формування у студентів навичок прийняття управлінських рішень в умовах ринкового середовища, коли медичний заклад має високий рівень автономії і сам заробляє свої доходи і сплачує видатки.

Найбільша увага приділяється питанням обчислення витрат медичних закладів, визначення собівартості медичної послуги для комунальних підприємств сфери охорони здоров'я, забезпечення рентабельності діяльності для приватних медичних закладів.

Під час занять відбувається опрацювання спеціальних методів фармако-економічного аналізу, таких як «витрати-ефективність» (cost-effectiveness analysis – CEA), метод мінімізації витрат (cost-minimization analysis – CMA), «витрати-вигода» (cost-benefit analysis – CBA), «витрати-корисність» (cost-utility analysis – CUA). Студенти отримують знання щодо методів якісної оцінки результатів застосування медичних технологій – тривалості життя з урахуванням непрацездатності (DALY – Disability Adjusted Life Years) та тривалості життя з урахуванням якості (QALY – Quality Adjusted Life Years). Розв'язання задач на практичних заняттях дозволяє отриманні теоретичні знання ефективно трансформувати у практичні вміння та навички розрахунків, аналізу, оцінки ситуації та прийняття обґрунтованих управлінських рішень.

Також на практичних прикладах під керівництвом викладачів студенти опановують застосування сучасних методів частотного ABC/VEN-аналізу. Розроблені на кафедрі навчально-методичні матеріали дозволяють студентам отримати навички використання сучасних методів економічного аналізу в різних комбінаціях, що надає можливість у майбутньому приймати рішення щодо таких питань як-то:

- на які препарати використовуються основні кошти?
- чи використовуються вони на необхідні та важливі лікарські препарати?
- як часто використовуються найбільш витратні лікарські препарати?
- які лікарські препарати можна замінити на більш дешеві?
- які препарати необхідно включити/виключити у Лікарському формулярі?
- які зміни доцільно вносити у локальні протоколи надання медичної допомоги?
- чи доцільно проводиться фармакотерапія з клінічної та економічної точок зору та які є можливі шляхи її оптимізації?

Для зручності навчальні матеріали зосереджено у загальному практикумі з економіки охорони здоров'я, затвердженому цикловою методичною комісією та виданого достатнім тиражем де кожна тема містить ключові поняття, питання для обговорення, довідниковий матеріал та завдання для самостійної роботи.

Наприкінці навчального курсу студенти розробляють бізнес-плани за певними тематичними напрямками та презентують їх в процесі практичного заняття з наступним широким обговоренням окремих положень представлених проектів.

Оцінювання якості навчання відбувається відповідно з вимогами кредитно-модульної системи навчання у два етапи. Перша складова оцінки містить поточні бали, отримані під час практичних занять і на може бути меншою за 72 бали (максимум – 120 балів). Друга частина оцінки виставляється студенту за результатами підсумкового модульного контролю.

ПМК містить такі складові частини:

1. Тестова – студент одержує варіант завдання з 30-ти тестових питань. Максимальна кількість балів за завдання – 30.

2. Типове завдання – представляє собою формалізовану задачу з, що потребує розв'язання у вигляді розрахунку із подальшим формулюванням висновку. Максимальна кількість балів за завдання – 30.

3. Ситуаційне завдання – представляє собою формалізовану ситуацію, що потребує логічного розв'язання. Максимальна кількість балів за завдання – 20.

Загальний час на проведення підсумкового модульного контролю складає 120 хвилин.

Оцінювання підсумкового модульного контролю здійснюється за такими критеріями:

1. Тестовий контроль теоретичних знань студентів: за кожну вірну відповідь на одне тестове питання – 1 бал.

2. Типове завдання оцінюється в 30 балів. Оцінка враховує:

- правильне оформлення проміжних розрахунків та відповіді;
- вірне використання формул;
- правильність проведення розрахунків;
- обґрунтованість висновків.

3. Ситуаційне завдання оцінюється у 20 балів за наявності чіткого аналізу ситуації, викладеної у завданні, формування пропозицій щодо її поліпшення.

Максимальна кількість балів, що отримує студент за ПМК – 80. Підсумковий модульний контроль вважається зарахованим, якщо студент набрав щонайменше 50 балів.

Для забезпечення активного зворотного зв'язку зі студентами після підсумкового модульного контролю, а також для об'єктивної оцінки якості викладання проводиться анонімне опитування студентів за допомогою спеціально розробленої та затвердженої на засіданні кафедри анкети задля вивчення їх думки відносно організації навчального процесу з курсу «Економіка охорони здоров'я». Згідно отриманих матеріалів 56,3±1,7% респондентів вважають, що вивчення означеної дисципліни має надзвичайно важливе значення для їх майбутньої лікарської діяльності, 25,0±0,5% дотримуються точки зору про важливість засвоєння даного предмету, тоді як решта 18,7±1,1% студентів так і не змогли остаточно визначитися відносно того, в якій мірі опанування основ економіки охорони здоров'я є важливим та необхідним предметом для їх подальшої самостійної роботи в якості лікаря.

Все це дає підстави вести активний пошук більш ефективних дидактичних підходів в рамках викладання даної навчальної дисципліни з метою оптимізації форм і методів процесу навчання та формування відповідних компетентнісних якостей у студентів-медиків.

ВИСНОВКИ

На основі накопиченого досвіду викладання економіки охорони здоров'я серед студентів випускних курсів стоматологічного та медичних факультетів є підстави зробити висновок про необхідність постійного вдосконалення організації навчального процесу на основі активного пошуку і використання різноманітних способів та форм навчально-методичної роботи з метою формування відповідних компетентнісних характеристик та креативного ставлення у студентів до подальшої лікарської діяльності з позицій клініко-економічного підходу та доказової медицини.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

Полягають у тому, що адаптація навчального процесу до сучасних вимог вищої освіти в у сфері охорони здоров'я вимагає постійного удосконалення цього процесу, застосування нових форм і методів навчання, що, безумовно, потребує подальшого наукового осмислення та опрацювання.

ЛІТЕРАТУРА

1. Закон України «Про освіту» від 05.09.2017 року. Режим доступу – <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2145-19>.
2. Економіка охорони здоров'я: підручник / В.Ф. Москаленко, О.П. Гульчій, В.В. Таран та ін.; під ред. В.Ф. Москаленка. – Вінниця: Нова Книга, 2010. – 288 с.
3. Економіка здравоохранения: учебник / В.Ф. Москаленко, В.В. Таран, О.П. Гульчий [и др.]; под ред. В.Ф. Москаленко. – Винница: Нова Книга, 2010. – 144 с.
4. Економічний аналіз використання ресурсів у системі охорони здоров'я: Навчальний посібник. / Парій В.Д., Сафонов Ю.М., Захарова Н.М. та ін.; За загальною редакцією проф. В.Д. Парія. – Житомир: «Полісся», 2015. – 148 с.
5. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19.10.2017 р. – Режим доступу: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2168-19>
6. Бюджетний Кодекс України (редакція від 01.01.2018 р.) [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2456-17>

Дата надходження рукопису до редакції: 21.02.2018 р.

Опыт преподавания курса «Экономка здравоохранения» студентам медицинского университета

В.Д. Парий, Т.В. Кожемякина, А.В. Жила, Д.Г. Матукова-Ярыга
Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца

Статья раскрывает особенности и предполагает распространение опыта организации учебного процесса преподавания основ экономики здравоохранения студентам выпускных курсов стоматологического и медицинских факультетов профессорско-преподавательским составом кафедры менеджмента здравоохранения Национального медицинского университета имени А.А. Богомольца.

Показано, что структурированность преподавания курса экономики здравоохранения, хорошая обеспеченность методической литературой и использование компетентностного подхода позволяют кафедре обеспечить хорошую подготовку будущих врачей к работе в условиях рынка. Опрос студентов после прослушивания курса показывает, что 56,3±1,7% респондентів считают, что изучение данной дисциплины имеет очень важное значение для их дальнейшей врачебной деятельности, 25,0±0,5% считают, что изучение дисциплины важно для них.

Сделаны выводы, что существует необходимость постоянного усовершенствования организации учебного процесса на основе активного поиска и использовани разных способов и форм учебно-методической работы с целью формирвоания необходимых компетентностных характеристик и креативного отношения студентов к последующей врачебной деятельности с позиции клинично-экономического подхода и доказательной медицины.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: экономика здравоохранения, компетентность, студенты, образование.

Experience of teaching the course "Economics of public health" for students of medical university

V.D. Paryi, T.V. Kozhemyakina, A.V. Zhila, D.G. Matakova-Yaryga
National Medical University named O. O. Bogomolets

The article reveals the peculiarities and involves the dissemination of the educational process of teaching the basics of economics of public health to graduate students, dental and medical faculties, professorial and teaching staff of the department of management of public health, National Medical University named O.O. Bogomolets.

It is shown that the structuring of the teaching of the course of the economy of public health, the good availability of methodical literature and the use of a competent approach allow the department to provide good training for future doctors to work in market conditions. Interviewing students after listening to the course shows that 56.3±1.7% of respondents consider that studying this discipline is very important for their further medical activity, 25.0±0.5% believe that the study of discipline is important for them.

It is concluded that there is a need to continuously improve the organization of the educational process on the basis of active search and use of different methods and forms of educational and methodological work with the aim of forming the necessary competency characteristics and creative attitude of students to follow-up medical practice from the position of the clinical and economic approach and evidence-based medicine.

KEY WORDS: teaching methods, students, economics of public health.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ

Парій Валентин Дмитрович – доктор медичних наук, професор, заслужений лікар України, академік АНВО України. Завідувач кафедри менеджменту охорони здоров'я Національного медичного університету імені О.О. Богомольця. Проспект Перемоги, 34, Київ.

Кожемякіна Тетяна Володимирівна – кандидат економічних наук, доцент. Доцент кафедри менеджменту охорони здоров'я Національного медичного університету імені О.О. Богомольця. Проспект Перемоги, 34, Київ.

Жила Анатолій Володимирович – кандидат медичних наук, доцент. Доцент кафедри менеджменту охорони здоров'я Національного медичного університету імені О.О. Богомольця. Проспект Перемоги, 34, Київ.

Матукова-Ярыга Дар'я Геннадіївна – кандидат економічних наук. Старший викладач кафедри менеджменту охорони здоров'я Національного медичного університету імені О.О. Богомольця. Проспект Перемоги, 34, Київ.

Monika Mackinova, Jaroslav Stanciak

Activities in the ergotherapy

Department of Social Work Faculty of Education in Bratislava of the Comenius university in Bratislava

Ergotherapy as a profession is specifically aimed at carrying out activities that person is deemed to see as useful or meaningful. It considers activities as an aim and means of therapy. It is based on an approach focused on patient / client. The treatment is based on the social roles of people. It interest in an environment in which a person lives and works, since the implementation of activities is affected by mutual interaction between the individual and the environment Ergotherapy is seen as a meaningful activity and is one of the means of medical rehabilitation. For small children takes place through games and other forms of playful activities considering developmental age of the child. It uses the natural playfulness of children. The name Ergotherapy is derived from the Greek word "ergon" - work and "therapy" - treatment. It uses the motion, which is used for the preventive treatment of disease. By establishment of functional ergotherapy is the priority to achieve change and improvement in the affected physical or mental function, improvement of personal life by original or new work habits, thereby improving the quality of life and health and finding a new purpose in life. It is indicated by the doctor. It uses work in therapy for those people, who are not expected to improve their health and shift to a different profession, therefore the patient is able to integrate into society. Activities in the ergotherapy must correspond with the physical and mental condition of the patients. Understand man coherently in his social environment, together with somatic and psychological changes in health status is the primary role of therapist. Ergotherapy is the treatment by professional activity. It is the exploitation of labor to treat a sick organism or disturbed psyche. Is one of the most important and the most effective forms of rehabilitation because it acts trough the motor area, which is easily accessible, especially in mental diseases and disorders of conduct. Occupational rehabilitation is appropriate and individually selected for patients under the control of a physiotherapist and ergotherapist and has to be "tailored". Allows, based on individual training plans not only exercise of daily living activities, but also work habits and skills needed to get a job or maintaining the original work. It is an important means of therapy for those individuals who are not expected to improve their health status and to shift to a different profession, whereby the patient is able to integrate into mainstream society. Targeted measures allow reintegration into the labor market with respect for individual professional needs, capabilities and skills of the individual. Well performed work and independence of its performance leads to higher life satisfaction and self-assessment.

Key words: rehabilitation, ergoteraphy, ergotherapist, the ergotherapy process. therapeutic techniques.

The objectives and tasks of ergotherapy

Occupational rehabilitation (Ergotherapy) is a set of therapeutic techniques, which is part of the medical rehabilitation.

The goal of ergotherapy is:

- training of motor skills and coordination,
- self-sufficiency, self-service without the participation of another person,
- recovery of job skills,
- achieve independence in all directions and areas
- prevention of disability,
- meaningful use of leisure time,
- promoting of employment,
- advice on finding a job
- job search,
- lessons, training, development of personal skills and manual skills,
- retraining,
- restoring as close to their original way of life,
- learning how to control and to work on the devices,
- social integration and increasing of confidence.

It should be taken into account the degree of damage and disability, possible associated disease, but also the willingness to collaborate, involvement, motivation, personal wishes and needs. Objectives should be divided into short and attainable phases. This is the driving force and motivation to the next step. Progress and success in each particular stage are then more visible. The reward is the improvement and achievement of planned short ergotherapy stages (Mačkinová, 2011).

According to the objectives is the Ergotherapy divided into:

1. Conditional Ergotherapy (treatment by work) maintains or improves healthy physical and mental functions - pessimism, fear, depression. It is application of physical or mental activities in order to divert attention from the patient's health problems. Actively and creatively fills his/her free time during treatment and prevents unwanted changes rising from inactivity. Indirectly helps to maintain an adequate range of motion and muscle tone. The condition is the correct selection of the appropriate action with regard to the health of the patient, age, gender, interests, occupation and education. At the beginning is

the difficulty of the activity at low intensity load and gradually, if the patient can handle, is increasing. In the initial phase it may be talk, reading, play, handicrafts. Later, when the patient can tolerate greater workload, work activities shall be placed at the table and workshops. During therapy ergotherapist recognizes the patient's personality, feelings, wishes and desires, abilities, which can develop their physical and mental abilities, skills, and knowledge. It is used for teens who are preparing for future employment and for people in working age.

2. Functional (targeted to the affected part) Ergotherapy aims to achieve optimal function of the affected parts of the body by applying different activities. In case of permanent disability, ergotherapist search for alternative functions within the affected organ (compensation) or through healthy parts (substitution). In practice compensating of lost functions is necessary to ensure healthy parts are not overloaded and maximize healthy development functions to a loss for the entire body to a minimum. Activities must be appropriate to the patient's functioning, as their mismanagement can lead to unnecessary damage, or give apathy, depression. If the patient returns to the original profession, every effort should be directed to the successful management of employment. In case of damage with permanent effects it needs to achieve vigorous activity and self-sufficiency. An important factor in the functional ergotherapy is to motivate and praise each patient for all completed training and give sufficient time for their implementation. Efforts must be made for each patient individually to maximize the use of their skills and knowledge.

3. Education for self-sufficiency. It focuses on the practice of daily activities and the necessary skills that the patient ensures its independence. It is the practice of procuring a food and its preparation, maintaining personal hygiene, dressing, mobility and locomotion capabilities. The aim is to achieve maximum self-sufficiency and independence of the other person. This will be implemented as soon as the necessary stage of peace. Sometimes rehearsing activity using assistive devices, teach patient to control and manipulate medical and compensatory devices that facilitate difficult to manage activities. Then it is also necessary adjustment home and work environment.

In occupational therapy, these activities are referred to as personal, basic or basal regular daily activities (ADL). Programming is a patient in a familiar neighborhood - at home. In addition to ADL includes behavioral and social activities of daily life (eg. shopping, cooking, housework, handling money, use public transportation, phone calls), which we call as instrumental ADL.

4. Skills assessment. Informs and gives a picture on the physical and mental abilities of the patient. They are used for a variety of tests and evaluations, which are based on observation of the patient's activity and its manifestation. Based on the results and analysis is intended further treatment and the degree of burden. Within performance and functional capacity should be in some cases used mobility aids or personal assistance. The rating does not eliminate the disease or injury, but removes restrictions, which are related to functional impairment to improve the quality of life of the patient.

5. Ergo therapy focused on counseling. The goal is to provide patients and their immediate family with help on how to solve the new situation. Consulting consists of providing information on other possible activities, various services and opportunities to which the handicapped or sick individual is entitled. It presents practical help and guidance in daily life.

The role of occupational rehabilitation is based on individual plans implemented together with patients with disabilities, to enable meaningful practice of work habits and skills that are needed to get a suitable job or retain the original job. Occupational rehabilitation may be meaningful daily activity for patients with severe disabilities in social services homes. This is a testing and restoration of impaired functions, use of so-called residual work potential to model working activities. It is an activity that should lead either to retain the original profession, or ensuring the guidance to new and suitable job opportunities for persons with disabilities. It is an important means of integrating people with disabilities into mainstream society. The goal of rehabilitation is to mobilize internal patient's ability to overcome personal and social consequences of severe disability, while within the chosen activities are taken into account the personal, cultural, social and economic needs, current status, age, gender and the environment in which the patient is located. The aim of occupational therapy is to achieve the maximum possible self-sufficiency and independence of individual in work activities and activities of daily living (ADL).

There are counseling centers for occupational choice of citizens with disabilities. This center identifies the fitness of applicants aged between 15 to 45 years for handling of the preparation for certain professions. Assessing candidates are treated individually. The goal of counseling is to assess the candidate on psychological, health, educational and social site, and on the basis of these findings help to find a suitable school or profession. In the Centre of social and occupational rehabilitation take place Ergodiagnosics. Important is the entry examination containing personal and family anamnesis and current condition. In the context of personal anamnesis are identified diagnoses, injuries, accidents, surgery as well as pharmacotherapy, spa and rehabilitation therapy. Anamnesis is complemented by a set of questionnaires and tests. After the physical examination, the physician focuses on the examination of the heart, lungs, blood pressure, pulse, body temperature, weight, height, posture, presence of edema, atrophy and muscle spasms. Based on these results are stipulated contraindications by Ergodiagnosics. Complete testing takes place over two days and includes 18 kinds of performances.

According to Law no. 461/2003 Coll. on Social insurance, occupational rehabilitation is training necessary to obtain a working ability, to perform previous activities or other appropriate action by the injured person. Other suitable activities for injured person is the activity of employee or natural person, that is equivalent to the health capacity for work, taking into account age, working ability and qualifications. Rehabilitation is provided by the Social Insurance Office of the employer in the healthcare center or in the other professional center providing the occupational rehabilitation. The incurred costs are paid by the Social Insurance Office, as well as expenses for meals, accommodation and travel for 6 months, but not more than 12 months.

Ergotherapy is a profession that through meaningful employment seeks to maintain and use of individual skills needed to cope with the daily routine for work, leisure and recreational activities for people of all ages and different disabilities. (Czech

Association of Ergo Therapy, 2008) Ergotherapy is a profession that aims to promote health and well-being of the individual through employment. (World Federation of Ergo Therapy, 2004) The goal of occupational therapy is to promote health and overall wellbeing of the individual through sensual job. (Council of Ergo Therapy of the European countries, 2000)

Ergotherapy is a relatively new profession, which has a unique place not only in the physical therapy, but also in social services. Treatment by work should be consistent with the patient's strengths, skills and weaknesses and should be able to flexibly adapt to changing clinical situation. Ideally it becomes an everyday activity that will contribute on an improvement of health.

Ergotherapy is linked to therapies targeting the healing process of the individual in somatic and psychic area. It is a process which provides targeted and interesting - non-exhaustive work focusing on the healing process of the affected individual. The content of Ergo therapy is in the form of playful work, exercise and work fine and gross motor skills, incentive programs within individual and group forms of intervention in conjunction with training specific procedure to solve a practical problem. It has applications not only in mental health, but as well as in other departments. Working education contributes to the development of intellectual abilities, in upbringing of positive personal traits, gives a sense of usefulness, which supports the overall socialization of mentally handicapped individual, child or elderly. The roles of working education must submit its objective. If the goal is achieved, the patient should be motivated to take action, to awaken interest and willingness to work, cultivate a positive attitude to physical and mental work and willingness to work, to shape the patient's character and will power and to develop job skills. An important part of ergotherapeutic action is also providing advice on the prevention of falls. This is particularly giving instructions on adjustment of the surrounding as prevention of falls and subsequent fractures. Inconsiderable is the care and education of family members, their involvement in the rehabilitation process.

The meaning of Ergotherapy

Ergotherapist is in his/her work using various therapeutic agents. For people with physical disabilities is usually used bio-mechanical, neuro-developmental and cognitive framework. For people with intellectual disabilities is preferred behavioral, cognitive-behavioral, psychodynamic (analytical) and humanistic framework of relations. A prerequisite for its use is professional competence of the ergotherapist and professional assessment of problem areas of the individual. (Krivošíková, 2011).

Ergotherapy is an important form of occupational therapy for physically and mentally handicapped, children and seniors. Work positively affects disabled people on their physical and mental site. It increases physical and manual dexterity and agility, influences the self-esteem, encourages for further work, and gives a sense of achievement. Particular importance is gain for children, who due the poorly developed skills are permanently bonded to the concrete and visual methods, which fully secures the right working therapy. Working education is preparation for the successful implementation of the work, cultivating a positive relationship to work as a moral obligation. The educational activity has an important place working activity, occupational rehabilitation, ergotherapy.

Labor-rehabilitation activities are alongside with medical rehabilitation the most effective therapeutic agent in the system of care for children, elderly and disabled individuals. Occupational therapy has an important place especially in social services for the mentally disabled and adults. These are different forms of occupational activities in the form of supporting work, which are carried out in three directions:

- Area of supporting work in property facilities. This includes cleaning, working in the laundry room, kitchen, dining room.
- Area of work with agricultural focus. These include growing vegetables, fruit trees, flowers, auxiliary work in animal husbandry in the institutional economy.
- Area of works with workshop character. These include also wood products, plastics, paper, fabrics, natural materials, embroidery, crochet, and knitting.

In the social service facilities they have the opportunity to participate in productive and useful work for the society, which at the same time has rehabilitation benefit for them.

Activity is the base of ergotherapy and is part of the normal development of the individual. In the ergotherapy process are used primarily activities that are routine, automated, work activities, which are designed to results, gaming activities, whose primary motivation is fun and the related activities of imagination and recreational activities, which are based on intrinsic motivation but are more seen as relaxation and rest.

Occupational rehabilitation in children

Within children, there is often a variable degree of inattention and concentration, aggression, hyperactivity and antisocial behavior. Therefore, in the foreground in work with children gets work rehabilitation in the purpose of social reintegration and education. It concerns various daily occupations and work on fine motor skills, which is carried out either individually or in groups. The program is targeted to individual developmental assumptions and age of the child, because they are still developing their personality. Manual work should support hobbies, creativity and autonomy of the individual. It focuses on activities with precision and perseverance, description of objects and naming of pictures, which are hidden in symbols. Situations are induced which are addressed to the child. Achieved could be the development of speech, mimic and social manifestations. Trained is the procedure to solve specific practical problem, which develops logical thinking. It is used as a visual perception in the form of objects, pictures or by description of the cards (word pictures). It is necessary to give time for reflection and explain the order of further steps in the ergo therapy. Therapy should be taken in the form of games in which the goal is to achieve changes in behavior, attitudes and opinions. Praise after each treatment is very motivating. It encourages the activity, independence and the finding of new procedure. The activities must interpose a break due to fatigue of the child or the challenging exercise on concentration alternated with exercise with a minimum concentration. Exercises should be substitute as often as possible, they

should not last long, but they must be finished. By disorders of concentration it begins with a short and monotonous exercise, gradually accelerating pace of exercise. If the patients is more labile, the parent is also present that the child can overcome fear. Occupational rehabilitation is used for psychological abreaction, facilitates removal of accumulated stress, helps to develop social skills, communication and mutual acceptance, and fills sense of life. It is used also for children with stroke (cerebral palsy), attention deficit disorder (ADHD), autism and developmental disabilities. Ergo therapy has important use also in children home institutions and hospitals, since the work is embracing social roles and habits that are used after leaving the institution.

Occupational rehabilitation is a component of a comprehensive rehabilitation, which goal is based on individual plans implemented with patients with disabilities, to enable practice of work habits and skills necessary to obtain a suitable job or retain the original job. Occupational rehabilitation may be meaningful daily activity for patients with severe disabilities in social services. It is an activity that helps to work and integrate people with disabilities into mainstream society. It restores the highest attainable level of personal, physical and mental development, improves physical and working efficiency. The goal of rehabilitation is to wake up, to mobilize and activate inner strength that will overcome the consequences of disability and motivate for the next life.

Caring for people with disabilities is exhaustive for their parents and healthy siblings (Kolinec, 2013). At the same time it could be socially restrictive. Same offloading is attending school facilities for several hours a day, which produces qualitatively different schedule from the program, which can be provided by the family. It is particularly the social interaction and communication, personal interests, but also to feel the usefulness of autonomy and independence from their parents. Ending of school attendance in terms of current legislation is individual and between 19-20 years. In this age ends all the possibilities of intervention or assistance, that educational institutions are able to these families offer. Relay of the professional care should then be taken by the social and health institutions of the municipality, city or county in the form of therapeutic programs and intervention services in the social, health, private and other specifically designed facilities.

Occupational rehabilitaion in adults

Occupational rehabilitation for adults – healing by work, work rehabilitation is meaningful therapeutic activity for physical, sensory or mentally ill persons, including persons with disabilities or social disadvantages. It uses therapy of motoric - intellectual function, sensorimotor functions, social skills, training of cognitive functions, and training self-sufficiency with the goal to achieve independence in personal and social life. It is carried out individually, taking into account the possibilities of each individual person; it helps to learn how to live with disabilities or health limitations. It distracts the patient from disease and brings back the lost trust. It uses self-sufficiency training, conditioning ergotherapy. Ergotherapy is leading occupational therapist, who must be knowledgeable, educated and empathetic person, who at the effective physiotherapy with disabled persons must be familiar with different types of disabilities, determine the resulting needs of the individual as are the individual devices and rehabilitation professional support. They must be able to identify weaknesses in the society in relation to disability and barriers that could hinder their integration and be familiar with their elimination on the basis of existing legislation. Thanks to ergo therapy the patient could find the meaning of life and interest in the work, the opportunity to continue and enjoy their hobbies, forget the loneliness and disease, gain a sense of usefulness and social integration. This is helping in growing of personal confidence and improves the quality of life. Treatment by employment is an essential part of rehabilitation. It has a beneficial effect on the re-education of movement, positive thinking and mental well. It helps to gain confidence and belief in their own abilities. It is important to find such meaningful work, that the patient is able to perform, tends to it, and that he/she enjoys.

It is known that for any job are important right upper extremities, namely hand. It is the hand contact with the environment and is among the most important parts of the human body. It is complicated and most complex organ. A hand with the fingers is the one that is capable of doing work. To restore the complex functions of the hand is suitable ergo therapy, which teaches the hand again to exercise activities, enhance them and to practice. Patients with disabilities under the supervision of an ergotherapist are testing their job skills, abilities and habits during the execution of specific work tasks. It begins with training of simple activities and gradually passes to the more complex activities. Movements at work must be targeted and accurate. To achieve this are used various tools and instruments that are or are not modified. The aim of ergo therapy is to maintain and utilize individual skills needed to manage normal daily activities, developing daily living activities on regular base to keep e.g. themselves clean or their surroundings, as well as work and leisure activities, within different types of disabilities. Frequently these activities are designed for manual operation as woodworking, work with metal or performance of administrative activities. The primary goal is the ability to participate in everyday activities. Ergotherapy has a stimulating effect on the maintenance or recovery of lost forces and especially in restoring of confidence of the patient. Work distracts the patient from the illness, deprives him/her from pessimistic thoughts and is very effective prevention of depression. Ergotherapy helps to find on how to bypass or compensate permanent health disorders and again quickly and effectively participate in life. This increases the possibility of inclusion - participation in community and society. After completion of testing ergotherapist will evaluate the overall outcome and performance with a recommendation to any future job respectively focus on work with either wood, metal, paper, textiles and so on. Currently, ergotherapy in it extent does not utilize manual work, craft or art activities, but more often is devoted to practicing self-sufficiency and independence - personal hygiene, dressing, eating, practicing the use of assistive devices, adjusting the conditions of life and work, preparing the patient to return the original work, or other possibilities of careers, similar as in social rehabilitation. Some authors state as that the criterion of working activity Vigdorcik's pattern:

Working ability = functional capacity/employers requirements

This fraction should be in normal proportions always equal to number 1. At the beginning of the ergotherapeutic program tend to be lower than number 1, and gradually is closer to 1. If the impact of ergotherapy and physiotherapy reach to level 1,

there wasn't reduced capacity to work and is not needed to change the requirements of the employer. If functional capacity remains permanently reduced, it is necessary to amend the requirements of employment, respectively prepare the patient for employment, in which he/she will be accepted by the altered functional capacity. This is done in ergodiagnostic workshops, later in educational institutions in the form of retraining. Individual States shall endeavor to ease the gain of employment to persons with altered functionality with various concessions to employers. The basis of vocational rehabilitation is Ergodiagnosics. It is a method of testing the patient in the long term. Limitation of the result of a disability does not always lead to incapacity. It is precisely the role of physiotherapists and ergotherapists evaluate and determine the professional diagnostic assessment of current or residual work potential, which is what a person can cope with disabilities in employment. They evaluate functional condition closely with medical and occupational rehabilitation, or mental, physical resilience. They evaluate the extent of health shortness and uncovers hidden reserves, which will be able the patient use in future. Ergotherapy is a comprehensive examination that takes place during ergotherapeutical activities at the time, which is consistent with the normal working hours. It specifies, what for the change of the health of the patient can and cannot be done, but also what is he/she able to handle.

Disabled physical, mental or with multiple disabilities are then aware of what jobs they can perform and handle. It assesses the current state of the functional point in the view of the possibility of returning to employment and the current status within the reduced working ability. First, the doctor examines the patient, which anamnestic detects the presence of current diseases, educational achievement, assess the ability to concentrate, tempo of work, attention, perception, concentration, imagination, perseverance, responsibility, criticality, the current level of self-sufficiency and necessary utensils, cognitive ability. Then are implemented standard ergo-diagnostic tests, tests on computers, measuring reaction time, tests on the requirements of future employment, or the possibility of obtaining a driving license. Ergodiagnosics takes place during work in normal working hours in artificially created working conditions. Assessed is the understanding of work, quality of work, ability to collaborate, sensory capabilities, and the ability to withstand adversity environment from the effects of physical pages and compliance with safety standards. Then the patient is examined by the physiotherapist and ergotherapist to assess the mobility of all parts of the body, range of movement, muscle tone, functional disorders of the locomotors system, evaluated is the degree of self-sufficiency, mobility, and implemented is the test fine motor skills. Assessed is suitability of assistive devices and monitored is the long-term burden within the ergotherapeutic workshops. However, if the patient's functional capacity remains unchanged, or permanently impaired, it is necessary to prepare the patient for another job that would accept his/her functional disability. There are a number of tests which are used to Ergodiagnosics, e.g. Tower System of Assessment, test Ertomis, test FCE (Functional Capacity Evaluation). These tests are not used in the Slovak Republic yet, but in the world are known and widely used.

American Tower Test System of Assessment is based on a system of assessment and recovery during labor. German test ERTOM evaluates apart of disability also properties as psychomotor and pace of work, motivation, attention, perception, concentration, memory, imagination, independence at work, inspiration troubleshooting, teamwork, criticism, responsibility, stress resistance, endurance, speech and writing. ERTOM uses a four-point rating scale:

- 0 - good performance
- 1 - performance with less difficulty
- 2 - performance with greater difficulties
- 3 - inability of desired performance

Professiogram is description and analysis of physical activities, as well as personal, sensory and physical properties that particular work or job title implies. Moreover evaluates the mobility of all parts of the body, sensory capabilities, and the ability to withstand adversity of environment by the effects of physical effects (Stančíak- Kopáčiková, 2010).

Sheltered workshop

Sheltered workshop is a specific working place, where operates at least 50% of people with disabilities, who cannot find employment in the labor market. This is a non-profit organization. In these places are working usually mentally disabled people with moderate to severe disability, but also people with physical or sensory disabilities. Employees are trained to work in such working conditions and demands on the work, which are adapted to their disability and the condition and provide them with increased protection. Sheltered workshop and sheltered employment is intended primarily for employment of people with disabilities, the employer cannot provide appropriate jobs to other sites. In a sheltered workshop or a sheltered workplace can work people who are providing acquisition of professional skills or training for employment. It may also benefit employees who for health reasons are temporarily unable to perform their current jobs, if their employer has for them no other suitable employment. To establish a sheltered workshop can natural or legal person.

Employees are during the course of employment under the direction and supervision of erudite work assistants who help them and explain how to handle work activities and ensures the relevant existence costs.

Sheltered workshop provides its employees apart of labor integration also with consulting and advisory services, as well as with organized joint activities. The aim of the current policy is to create employment opportunities for the disabled people. Inclusion in the process of occupational rehabilitation depends on the state of health and work capacity.

In the sheltered workshop is implemented exercise of fine motor skills, which is important for the function of the hand and fingers, fine muscle control, for the activities of daily living. It is one of the basic assumptions for writing. Without fine motor skills and dexterity of fingers is patient not self-sufficient, he cannot commit Shoe Laces, turn knob. It is used to grip small objects, the use of ergotherapy panel, tap the legs, throwing the overball, embroidery, sewing, knitting, drawing, as well as holding pens and writing, blanking, modeling, inserting balls into the box, to build various departments of construction, and so on. Before each

exercise is important muscle relaxation, relaxation of shoulder, elbow and wrist. It is necessary to choose an appropriate exercise intensity, in different variations, with a change of pace.

Within physiotherapy are used several types of handles:

- Ball - wrist in dorsal flexion, metacarpophalangeal joints in extension, 2-4th finger abduction and slight flexion of the thumb in opposition.
- The cylindrical - wrist is in the basic position, metacarpophalangeal joints and fingers in flexion, adduction of the fingers and thumb in opposition.
- Cone - like cylindrical grip, finger flexion toward the fifth finger decreases.
- Elliptical - resembles a combination of cylindrical and spherical grip.
- Typing - metacarpophalangeal joints in extension, 2 and 3 finger in mild flexion, thumb in opposition, grip is performed between the first three fingers.
- Power - wrist in ulnar by reduction of the fingers slightly flexed and opposition thenar thumb is located on the axis of the subject.
- Tweaking - thumb in opposition and against the extension of extended finger, the index finger is important m.flexor digitorum profundus and thumb m.flexor pollicis longus and m. opponens pollicis.
- Eyelet - opposition to the thumb flexed finger.
- Key - on extended thumb in opposition to the radial edges slightly flexed finger 2 are crucial m.adductor pollicis longus pollicis and m.flexor.
- Pinch - three fingers grip, on extended thumb in opposition of extended versus 2 and 3 finger.
- Tweezers - slight flexion of the thumb and index finger by touching grinder, important for m.flexor digitorum superficialis forefinger and thumb abductor and m.flexor pollicis brevis pollicis m.adductor, m.opponens pollicis.

Precondition for the smooth grip design is the presence of:

- morphological - healthy bones, joints, muscles,
- movement - the extent of joint mobility, physical chains and stereotypes,
- sensitive - deep and superficial skin perception.

Rehabilitation of the hand has given priority in functional disorders of the upper limb. Movements of the hands and the grip of the most widely used activities. For the practice handles are used in devices of various shapes, materials and sizes.

The grip is spread within the possibility of implementation:

- Primary - achievable by healthy hand.
- Secondary - realized by hand pathologically altered.
- Tertiary grip - realized with the help of the orthosis or prosthesis

From the physiotherapy point of view is the grip assessed by 6 point scale:

- 0 - failure to implement grip
- 1 - presence of indication of the grip action
- 2 - implementation of grip to L
- 3 - implementation of grip to "
- 4 - implementation of grip to I
- 5 - implementation of fully grip.

People's lifestyle at the beginning of the 21st century is alarming . The lifestyle is affected by sitting by the computers or by maximum use of the modern technology at the expense of the physical exertion (Bařová – Kopinec, 2013). This could lead to various diseases of the musculoskeletal system, especially in terms of muscle imbalance and improper fixation of movement patterns.

The epidemiologists already came in the 60s with the conclusion that health depends much more on the behaviour of the human being as on the medical care. The emergence of disease and premature death are associated with unhealthy habits, which are considered as lifestyle disease. Today, we could say, that it is a scientifically confirmed fact that the quality of health and life expectancy, thus affecting most habits, which are repeated every day. It was found that even with the most advanced medical science and even with the best specialists we are unable to offset the consequences of unhealthy habits. Mankind has never previously had such valuable and scientifically based knowledge on how to improve it health. There were never so many urgent reasons to decide for a healthy lifestyle.

REFERENCES

1. BAŘOVÁ, K.- KOPINEC, P. 2013. Spolupráca subjektov štátneho a mimovládneho sektora pri sanácii rodinného prostredia. In: Spolupráce v sociální práci. - Hradec Králové : Gaudeamus, 2013. - S. 287-296.
2. KOPINEC, P. 2013 Kvalita života v zariadení sociálních služieb v Slovenskej republike. In: Opieka, edukacja, profilaktyka i resocjalizacja. - Uczelnia Zawodowa Zagłębia Miedziowego w Lubinie, 2013. - S. 157-176.
3. KRIVOŠÍKOVÁ, M. 2011. Úvod do ergoterapie. Praha : Grada, 2011. s.368.
4. MAČKINOVÁ, M. 2011. Aktivity denného života seniorov. Bratislava : Slovenská zdravotnícka univerzita v Bratislave, 2011. s.251.
5. MALAY, M. – MUSILOVÁ, E. 2014. Zdravý spánok pri vertebrogénnych ochoreniach. In *Jihlavské zdravotnícké dny 2014*, IV. Ročník. s 264-271.

6. STANČIAK, J., KOPÁČIKOVÁ, M. 2010. Ergoterapia ako súčasť liečby drogových závislostí. In: sborník Výchova a vzdelávanie v ošetrovatelstve zamerané na rozširujúcu rolu sestry – psychologička. Praha: Evropské vzdělávací centrum, 2010, s.153-162.
7. Česká asociácia ergoterapie, 2008.
8. Svetová federácia ergoterapie, 2004.
9. Rada ergoterapie európskych zemí, 2000.
10. Zákon NR SR č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení zo dňa 30. 10. 2003, Zbierka zákonov č. 461.

Діяльність у ерготерапії

Моніка Макінова, Ярослав Станчак

Кафедра соціальної роботи Факультет освіти Братиславського університету ім.Коменіуса, Братислава

Ерготерапія є професія, спрямована на виконання роботи, яку особа розглядає як корисну або важливу. Вона розглядає діяльність як ціль та засіб терапії. Вона базується на підході сфокусованому на пацієнті/клієнті. Лікування базується на соціальних ролях людей. Вона надає значення оточенню, в якому живе та працює людина, оскільки на її діяльність впливає взаємодія між індивідумом та оточенням. Ерготерапія розглядається як наповнена змістом діяльність і є одним із способів медичної реабілітації. Для дітей застосовуються ігри та інші види ігрової діяльності з урахуванням віку та рівня розвитку дитини. Тут використовується природня схильність дітей до ігор. Назва "ерготерапія" походить від грецького слова "ergon" – діяльність, робота та "therapia" – лікування. Для превентивного лікування хвороб вона використовує рух. Головним для функціональної ерготерапії є досягнення зміни та покращення фізичного та ментального стану пацієнта, позитивних змін у особистому житті через оригінальні або нові навички в роботі і в такий спосіб покращення якості життя та здоров'я, а також знаходження нових цілей у житті. Це визначається лікарем. Праця використовується в лікуванні тих людей, від яких не очікується покращення стану здоров'я та опанування іншої професії, але пацієнти можуть бути інтегровані у суспільство. Діяльність в ерготерапії повинна відповідати фізичному та розумовому стану пацієнтів. Першочерговим завданням терапевта є розуміння людини у зв'язку з її соціальним оточенням, а також зі змінами у соматичного та фізіологічного стану. Ерготерапія – це лікування через професійну діяльність. Це використання праці для лікування хворого організму або порушеної психіки. Це також одна з найважливіших та найефективніших форм реабілітації, оскільки вона діє через моторну сферу, яка є легко доступною, особливо у випадках розумових розладів та розладів поведінки. Трудова реабілітація підбирається для пацієнта індивідуально під контролем фізіотерапевта та ерготерапевта і має проводитись під спостереженням. Індивідуальні плани тренування дозволяють включати не тільки вправи з повсякденної життєвої діяльності, але й навички та уміння, які є необхідними для того, щоб отримати роботу або розвивати оригінальну діяльність. Це важливий спосіб лікування для тих осіб, від яких не очікується покращення стану здоров'я та опанування іншої професії, але разом з тим ці пацієнти можуть бути інтегровані у суспільне життя. Цільові заходи дозволяють реінтегрувати людину на ринку праці з урахуванням індивідуальних професійних запитів, можливостей та навичок. Добре виконана робота та незалежність від її виконання призводить до підвищення самооцінки та задоволеності життям.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: реабілітація, ерготерапія, ерготерапевт, ерготерапевтичний процес, терапевтичні техніки.

CONTACTS

prof. PhD. **Monika Mackinova**, PhD., doc. PhD. **Jaroslav Stanciak**, PhD., MPH
Department of Social Work Faculty of Education in Bratislava of the Comenius university in Bratislava.

Примітка. У статтях збережено орфографію, пунктуацію та стилістику авторів.

ДО ВІДОМА КЕРІВНИКІВ ОРГАНІВ І ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 04.05.1993 р. №326 «Про концепцію побудови національної статистики України та Державну програму переходу на міжнародну систему обліку і статистики», рекомендації ВООЗ та наказу МОЗ України від 08.10.1998 р. №297 «Про перехід органів і закладів охорони здоров'я України на Міжнародну статистичну класифікацію хвороб і споріднених проблем охорони здоров'я десятого перегляду», у галузі охорони здоров'я використовується Міжнародна класифікація десятого перегляду (МКХ-10).

МКХ-10 підготовлено і видано Українським інститутом громадського здоров'я (тепер – ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України») (1998 р.) українською мовою, видання містить уточнення, які не порушують міжнародного статистичного зіставлення.

Оскільки ще не всі медичні заклади та підрозділи мають МКХ-10 і досі користуються МКХ-9, що вносить плутанину у статистичну облікову документацію щодо переліку діагнозів та синдромів захворювання, ДУ «Український інститут стратегічних досліджень Міністерства охорони здоров'я України» пропонує придбати видання МКХ-10 (3 томи).

Довідки та замовлення за телефонами: (44) 576-41-19, 576-41-48.

**В.о. директора
ДУ «Український інститут
стратегічних досліджень
Міністерства охорони здоров'я України»**

П.С. Мельник

**РЕДАКЦІЯ ЖУРНАЛУ «ЕКОНОМІКА І ПРАВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я»
ЗАПРОШУЄ АВТОРІВ ДО АКТИВНОЇ СПІВПРАЦІ!**

Тематична спрямованість журналу: міжнародний досвід розвитку економіки та права охорони здоров'я, економіка охорони здоров'я, медичне право, розвиток ресурсної бази охорони здоров'я тощо.

До редакції (за адресою: *м. Київ, 02099, пров. Волго-Донський, 3, отримувач ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»*) подаються роботи, що **раніше ніде не друкувалися, не направлялися для опублікування в інші друковані видання**, не мають інформації, що становить державну таємницю: оригінальні статті, огляди літератури, короткі повідомлення, рецензії, реферати, інформація про роботу з'їздів, конференцій, симпозіумів, нарад, семінарів та інших наукових, науково-практичних і практичних заходів, а також рекламний матеріал (корпоративна інформація).

Правила подання матеріалу для опублікування:

• **Структура матеріалу:** *вступ (стан проблеми за даними літератури); мета, основні завдання та методи дослідження; основна частина (висвітлення статистично опрацьованих результатів дослідження); висновки; перспективи подальшого розвитку в даному напрямку; список літератури, резюме.*

• Стаття має супроводжуватись **офіційним направленням** (супровідним листом), **гарантійним листом про оплату публікації, експертним висновком** (внутрішньою рецензією установи, в якій була виконана дана робота) та **рецензією** з візою керівництва (наукового керівника), і завіреною круглою печаткою установи. Експертний висновок, внутрішня рецензія та заява надаються у друкованому вигляді з підписами авторів. Додатково – на електронну адресу як відскановані документи. Рукописи, що не відповідають цій вимозі, повертаються авторам.

• На останній сторінці статті мають бути власноручні підписи всіх авторів, а також **авторська довідка: прізвище, ім'я та по батькові (повністю)**, науковий ступінь, вчене звання, посада, установа, поштова та електронна адреси, номери телефонів.

• Авторський текстовий оригінал має складатися з двох примірників українською або російською мовою:

– тексту (обсяг статей, у тому числі рисунків, таблиць, списку літератури, резюме, має становити до 8–10 с., оглядів літератури, лекцій – до 15 с., рецензій – до 4 с., повідомлень, листів до редакції – до 3 с.);

– списку літератури (якщо в статті є посилання, – до 15–18 літературних джерел, в оглядах – до 50);

– таблиць;

– рисунків (не більше ніж 4) і підписів до них;

– резюме (українською, російською та англійською мовами).

• Текст статті має набиратися на комп'ютері в програмі Word, зберігатися у форматі.rtf і подаватися в роздрукованому та електронному варіантах (на диску або електронною поштою – e-mail: **s.nauka@ukr.net**). Шрифт – 12 пунктів, міжрядковий інтервал – 1,5, розміри берегів (полів): ліве, верхнє, нижнє – 25 мм, праве – 15 мм. Сторінки мають нумеруватися у правому нижньому кутку. Ілюстрації (діаграми, графіки, схеми) мають будуватися в програмах Word або Excel та у вигляді окремих файлів і разом із текстовим файлом подаватися на диску. **Обсяг однієї сторінки – не більше 40 рядків.**

• На першій сторінці зазначаються: індекс УДК ліворуч, ініціали та прізвища авторів, назва

статті, назва установи, де працюють автори, місто, країна.

- Бібліографія має включати наукові роботи переважно за останні 7 років, оформлятися згідно з **ДСТУ**, подаватися відразу за текстом. Автори згадуються за абеткою – спочатку праці вітчизняних авторів, опубліковані російською чи українською мовою, далі – іноземних авторів, опубліковані іноземною мовою.

- Посилання в тексті мають позначатися цифрами у квадратних дужках і відповідати нумерації у списку літератури. Скорочення слів та їх поєднань приводять згідно з ДСТУ 3582–97 «Скорочення слів в українській мові у бібліографічному описі. Загальні вимоги та правила».

- Кількість ілюстрацій (рисунок, схеми, діаграми) має бути мінімальною. Таблиці і рисунки вміщуються у текст статті зразу після першого посилання на них. У підписі до рисунка наводиться його назва, пояснення всіх умовних позначень (цифр, букв, кривих тощо). Таблиці повинні бути компактними, пронумерованими, мати назву. Номери таблиць, їх заголовки та цифрові дані, оброблені статистично, мають точно відповідати наведеним у тексті. Формули виконуються в редакторі формул Microsoft Equation 3.0.

- Позначки різних мір, одиниці фізичних величин, результати клінічних і лабораторних досліджень наводяться відповідно до Міжнародної системи одиниць (СІ), медичні терміни – згідно з Міжнародною анатомічною та Міжнародною гістологічною номенклатурами, назви захворювань – за Міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду, лікарські засоби – за Державною Фармакопеєю (Х, ХІ). Назви фірм і апаратів зазначаються в оригінальній транскрипції.

- Скорочення в тексті слів, імен, термінів (крім загальновідомих) не допускається. Аббревіатура розшифровується після першого згадування і не змінюється протягом усього тексту.

- У резюме вказуються: назва статті, прізвища та ініціали авторів, установа, мета, матеріали і методи, результати, висновки, ключові слова; при цьому обсяг кожного резюме має становити 175 слів (у т.ч. назва, автори, установа); у резюме не подаються аббревіатури, зноски та посилання. Резюме подається українською, російською та англійською мовами. **Звертаємо вашу увагу на якість перекладу резюме англійською мовою.**

- Відповідальність за вірогідність та оригінальність поданих матеріалів (фактів, цитат, прізвищ, імен, результатів досліджень тощо) покладається на авторів. Статті, оформлені без дотримання правил, не розглядаються і не повертаються авторам.

- Редакція забезпечує рецензування статей, виконує спеціальне та літературне редагування, залишає за собою право скорочувати обсяг статей. Відмова авторам в опублікуванні статей може бути без пояснення її причини і не вважатиметься негативним висновком стосовно наукової та практичної значущості роботи.

Редакційна рада