

**ДВНЗ «УЖГОРОДСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ,
МЕДИЧНИЙ ІНСТИТУТ
ЛУГАНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
МІЖНАРОДНА АКАДЕМІЯ ПРИКЛАДНИХ НАУК В ЛОМЖІ
(РЕСПУБЛІКА ПОЛЬЩА)**

**ЗБІРНИК МАТЕРІАЛІВ
МІЖНАРОДНОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ**

**«ОСОБЛИВОСТІ ПІДГОТОВКИ
СПЕЦІАЛІСТІВ ПО ЗБЕРЕЖЕННЮ
ТА ЗМІЦНЕННЮ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ
В НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЯХ
ГЛОБАЛЬНОГО ХАРАКТЕРУ»**

9 червня 2023 року

**Ужгород
2023**

УДК 371.134:614-022.326.5-027.511(063)

О-75

Особливості підготовки спеціалістів по збереженню та зміцненню здоров'я населення в надзвичайних ситуаціях глобального характеру: збірник матеріалів міжнародної науково-практичної конференції (9 червня 2023 р.). Ужгород: ДВНЗ «УжНУ», 2023. 160 с. ISBN 978-617-7825-99-8

*Рекомендовано до друку Вченою радою ДВНЗ «УжНУ»
(протокол №7 від 20 червня 2023 р.)*

В матеріалах знайшли відображення результати наукових досліджень, які доповідалися на міжнародній науково-практичній конференції «Особливості підготовки спеціалістів по збереженню та зміцненню здоров'я населення в надзвичайних ситуаціях глобального характеру». Розраховано на науково-педагогічних працівників закладів вищої медичної освіти. Матеріали подано в авторській редакції.

Редакційна колегія:

Миронюк І.С. – д.мед.н., професор проректор з наукової роботи УжНУ;

Слабкий Г.О. – д.мед.н., професор, завідувач кафедри наук про здоров'я УжНУ;

Рогач І.М. – д.мед.н., професор завідувач кафедри соціальної медицини та гігієни УжНУ;

Жуховський Іренеуш – д-р інж. проректор з розвитку, промоцій, проєктів ЄС, Міжнародна Академія Прикладних Наук в Ломжі;

Сміянов В.А. – д.мед.н., професор, завідувач кафедри громадського здоров'я, Навчально-науковий медичний інститут СумДУ;

Брич В.В. – к.мед.н., доцент, доцент кафедри наук про здоров'я УжНУ.

Рецензенти:

Погоріляк Р.Ю. – д.мед.н., професор, завідувач кафедри громадського здоров'я та гуманітарних дисциплін УжНУ;

Любінець О.В. – д.мед.н., професор, завідувач кафедри громадського здоров'я Львівського національного медичного університету ім. Д. Галицького.

ISBN 978-617-7825-99-8

© ДВНЗ «УжНУ», 2023

ЗМІСТ

ОРГАНІЗАЦІЙНИЙ ТА НАУКОВИЙ КОМПІТЕТИ. ПРОГРАМА КОНФЕРЕНЦІЇ.....	5
Балашов К., Могільницький А., Захарова Н., Турянця С., Пасенко М., Слабкий Г., Гульчій О. РОЗБУДОВА ДОКАЗОВОГО ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ: АКТУАЛЬНІСТЬ, МЕТОДОЛОГІЯ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ВИКОРИСТАННЯ УКРАЇНСЬКОГО ІНСТРУМЕНТУ ДЛЯ МОНІТОРИНГУ ПОВЕДІНКИ, СПРИЙНЯТТЯ РИЗИКУ ТА ДЕЗІНФОРМАЦІЇ.....	16
Белікова І., Ляхова Н., Голованова І., Хорош М., Краснова О. ФОРМУВАННЯ ЗНАТЬ ФАХІВЦІВ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ГЛОБАЛЬНИХ ПРОЦЕСІВ	21
Гринцова А., Романюк А. РЕАКЦІЯ АСТРОЦИТАРНОЇ ГЛІЇ ШИШКОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ ЩУРІВ ЗА УМОВИ ВПЛИВУ НА ОРГАНІЗМ РІЗНИХ ТЕРМІНІВ КЛІТИННОГО ЗНЕВОДНЕННЯ	26
Гордійчук С., Шатило В., Поплавська С., Кірячок М. ДОСВІД ОРГАНІЗАЦІЇ ОСВІТНЬОГО ПРОЦЕСУ В ЖИТОМИРСЬКОМУ МЕДИЧНОМУ ІНСТИТУТІ ЖОР В УМОВАХ ВОЄННОГО ЧАСУ	28
Децик О., Федорика Н., Ковальчук Р., Ціхонь З. ВПЛИВ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ ГЛОБАЛЬНОГО ХАРАКТЕРУ НА ВЧАСНІСТЬ ВИЯВЛЕННЯ ЗЛОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕНЬ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ	36
Дужий І., Бондаренко Л., Карпенко А. ОСОБЛИВОСТІ СІМЕЙНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ В УМОВАХ РЕОРГАНІЗАЦІЇ ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНОЇ СЛУЖБИ (В УМОВАХ ЗБІЛЬШЕННЯ МІГРАЦІЙНИХ ПРОЦЕСІВ).....	40
Жилка Н., Слабкий Г., Щербінська О. ОСОБЛИВОСТІ АНТЕНАТАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ ВАГІТНИМ В УМОВАХ ВІЙНИ	43
Касянчук В., Скрябіна О., Шаповалова О. РОЗВИТОК ТА АНОМАЛІЇ ЗУБІВ	51
Клітинська О., Лайош Н., Зорівчак Т., Шеверя С., Шетеля В., Бобельський В. ПЕРЕВАГИ ДИСТАНЦІЙНОЇ ФОРМИ НАВЧАННЯ КУРСАНТІВ ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ "ДИТЯЧА СТОМАТОЛОГІЯ"	54
Коробко І. ДОСЛІДЖЕННЯ РІВНЯ СПОЖИВАННЯ МОЛОДЦЮ ХАРЧОВОЇ СОЛІ ЯК ЧИННИКА НЕГАТИВНОГО ВПЛИВУ НА ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ (НА ПРИКЛАДІ СТУДЕНТІВ МОЛОДШИХ КУРСІВ ВНЗ)	58

Корольчук О. ПРОБЛЕМНИ ПИТАННЯ ПІДГОТОВКИ СТУДЕНТІВ СПЕЦІАЛЬНОСТІ «КЛІНІЧНА ПСИХОЛОГІЯ» В НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЯХ ГЛОБАЛЬНОГО ХАРАКТЕРУ	63
Лепканич А. КОНЦЕПТУАЛЬНА МОДЕЛЬ ЗДОРОВОЇ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ МОЛОДІ В УМОВАХ РОСТУ РІВНЯ ЦИФРОВОГО ІНФОРМАЦІЙНОГО НАВАНТАЖЕННЯ	68
Лехан В. ЦИФРОВІ ТЕХНОЛОГІЇ ЯК ІНСТРУМЕНТ МОТИВАЦІЇ СТУДЕНТІВ ПІД ЧАС ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ	72
Лінніков С. ЗМІСТ КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ ФАХІВЦІВ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я ДЛЯ ЕФЕКТИВНОЇ РОЗРОБКИ І ВПРОВАДЖЕННЯ ІНФОРМАЦІЙНИХ КАМПАНІЙ ДЛЯ ПРЕДСТАВНИКІВ УРАЗЛИВИХ ГРУП НАСЕЛЕННЯ	78
Мальцева О., Самойленко С., Гомонай М., Стряпко Я. ВПЛИВ СИТУАЦІЙ ГЛОБАЛЬНОГО ХАРАКТЕРУ НА СТАН ЗДОРОВ'Я ОКРЕМИХ ГРУП НАСЕЛЕННЯ.....	88
Мочалов Ю., Кулинич М., Цуперяк С., Домище М. СТОМАТОЛОГІЧНЕ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ ЗАКАРПАТТЯ ЯК НАПРЯМОК ПРИКЛАДНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ: МІСЦЕ В ГЛОБАЛЬНИХ ПРОЦЕСАХ ТА ПЕРСПЕКТИВИ.....	94
Палько Т. ОСОБЛИВОСТІ ВПЛИВУ СИТУАЦІЙ ГЛОБАЛЬНОГО ХАРАКТЕРУ НА СТАН ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ	101
Романюк А., Сікора В., Москаленко Р., Кузенко Є., Линдін М., Гирявенко Н., Карпенко Л., Піддубний А., Чижма Р. ОСОБЛИВОСТІ СИСТЕМАТИЗАЦІЇ НАВЧАННЯ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ В УМОВАХ ВІЙНИ НА ПРИКЛАДІ ДІЯЛЬНОСТІ КАФЕДРИ ПАТОЛОГІЧНОЇ АНАТОМІЇ СУМСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО УНІВЕРСИТЕТУ	105
Русин Л., Мелега К. РОЛЬ ДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНИХ ТЕХНОЛОГІЙ В ОСВІТНЬОМУ СЕРЕДОВИЩІ ЗАКЛАДІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ	107
Смірнов С. ОПТИМІЗАЦІЯ ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ ДЛЯ ЗБЕРЕЖЕННЯ ТА ЗМІЦНЕННЯ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ: ДОСВІД ТА МІЖНАРОДНЕ СПІВРОБІТНИЦТВО	110
Smirnov S., Oksenyuk O., Shapovalov V. ORGANIZATION OF THE EDUCATIONAL PROCESS IN A TEMPORARILY RELOCATED INSTITUTION OF HIGHER EDUCATION DURING THE	

IMPLEMENTATION OF A NEW STANDARD OF HIGHER EDUCATION: MODERN CHALLENGES AND PROSPECTS	116
Стеблюк С. НАВЧАННЯ, ВИХОВАННЯ ТА РОЗВИТОК ДИТИНИ З ПОРУШЕННЯМИ ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОГО РОЗВИТКУ ЯК МЕДИКО-ПЕДАГОГІЧНА ПРОБЛЕМА	121
Фейса С. ВПЛИВ ВІЙНИ НА ФАХОВУ ПІДГОТОВКУ ЛІКАРІВ-ЛАБОРАНТІВ ...	125
Філак Ф. ВПЛИВ ЗАСОБІВ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ НА ФІЗИЧНИЙ РОЗВИТОК І ПОКАЗНИКИ ГОСТРОТУ ЗОРУ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ З МІОПШЮ	131
Філак Я. ЗАСОБИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧНОМУ ЗАПАЛЕННІ СИНОВІАЛЬНОЇ ОБОЛОНКИ КОЛІННОГО СУГЛОБА У СПОРТСМЕНІВ	134
Хуторська О. ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ ФУНКЦІОНУВАННЯ ВІДДІЛЕННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИВАТНОГО ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ МАСОВОГО ВИМУШЕНОГО ПЕРЕМІЩЕННЯ НАСЕЛЕННЯ, ЗУМОВЛЕНОГО АГРЕСІЄЮ РФ ПРОТИ УКРАЇНИ	137
Циндренко Н., Линдін М., Романюк А. ОСОБЛИВОСТІ ЕКСПРЕСІЇ ЦИКЛООКСИГІНАЗИ-2 У ЖІНОК З ГІПЕРПЛАСТИЧНИМИ ПРОЦЕСАМИ ЕНДОМЕТРІЯ	141
Шкагула Ю., Бадіон Ю., Яременко А. ПОРІВНЯННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ РІЗНИХ СПОСОБІВ ТИМЧАСОВОЇ ЗУПИНКИ ЗОВНІШНЬОЇ КРОВОТЕЧІ НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ НАДАННЯ ДОПОМОГИ	143
Шкагула Ю., Сокол Б., Бадіон Ю. ВІРОГІДНІСТЬ РОЗВИТКУ ЦИРКУЛЯТОРНОГО ШОКУ У ПОСТТРАВМАТИЧНИХ З ТРАВМАТИЧНОЮ КРОВОВТРАТОЮ	146
Янчевський О., Козар Ю. ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ВИВЧЕННЯ ПРЕДМЕТУ “ОСНОВИ ЗДОРОВ'Я” В ЗАГАЛЬНООСВІТНІХ ШКОЛАХ ЯК ОДНОГО ІЗ МЕТОДІВ ПРОФІЛАКТИКИ ПОШИРЕННЯ СОЦІАЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНИХ ХВОРОБ СЕРЕД МОЛОДІ	148
Яцина О. ПРЕДИКТОРИ РЕЗИЛЬЄНТНОСТІ В НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЯХ ГЛОБАЛЬНОГО ХАРАКТЕРУ	153

ОРГАНІЗАЦІЙНИЙ ТА НАУКОВИЙ КОМІТЕТИ ПРОГРАМА КОНФЕРЕНЦІЇ

Співголови конференції

1. Миронюк Іван Святославович – доктор медичних наук, професор, проректор з наукової роботи УжНУ.
2. Черноус Анатолій Миколайович, доктор фізико-математичних наук, професор, проректор з наукової роботи СумДУ.
3. Жуховський Іренеуш – д-р інж. проректор з розвитку, промоцій, проєктів ЄС, Міжнародна Академія Прикладних Наук в Ломжі.

Організаційний комітет

1. Слабкий Геннадій Олексійович – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри наук про здоров'я УжНУ (голова);
2. Піотр Поніхтера – д-р інж., декан факультету "Медсестринство", Міжнародна Академія Прикладних Наук в Ломжі;
3. Йоанна Шварц-Возняк – ад'юнкт маг., Міжнародна Академія Прикладних Наук в Ломжі;
4. Сміянов Владислав Анатолійович, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри громадського здоров'я, Навчально-науковий медичний інститут СумДУ;
5. Лобода Андрій Миколайович, доктор медичних наук, професор, директор Навчально-наукового медичного інституту СумДУ;
6. Романюк Анатолій Миколайович, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри патологічної анатомії, Навчально-науковий медичний інститут СумДУ;

7. Приступа Людмила Никодимівна, докторка медичних наук, професорка, завідувачка кафедри внутрішньої медицини з центром респіраторної медицини, Навчально-науковий медичний інститут СумДУ.

Науковий комітет

1. Брич Валерія Володимирівна – кандидат медичних наук, доцент кафедри наук про здоров'я УжНУ;

2. Зоя Шарлович – ад'юнкт к.п.н., Міжнародна Академія Прикладних Наук в Ломжі;

3. Дужий Ігор Дмитрович, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри хірургії травматології, ортопедії та фтизіатрії, Навчально-науковий медичний інститут СумДУ;

4. Шкатула Юрій Васильович, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, Навчально-науковий медичний інститут СумДУ;

5. Мелеховець Оксана Костянтинівна, кандидатка медичних наук, професорка кафедри сімейної медицини з курсом дерматовенерології, Навчально-науковий медичний інститут СумДУ.

ПРОГРАМА КОНФЕРЕНЦІЇ
«Особливості підготовки спеціалістів
по збереженню та зміцненню здоров'я населення
в надзвичайних ситуаціях глобального характеру»

ПЛЕНАРНЕ ЗАСІДАННЯ

9 червня 2023 р. 10.00., Coogle Meet

Головуючі – Миронюк І., Жуховський І., Смірнов С.

Секретар – Брич В.В.

Вітальне слово – Смоланка В., д.мед.н., професор, ректор Ужгородського національного університету.

1. **МИРОНЮК І., СЛАБКИЙ Г.** На шляху до євроінтеграції. Впровадження тематики європейської інтеграції в освітній процес та тематику наукових досліджень. 2022-2023 роки.

2. **СМІРНОВ С.** Оптимізація підготовки фахівців для збереження та зміцнення здоров'я населення: досвід та міжнародне співробітництво.

3. **ГОРДІЙЧУК С., ШАТИЛО В., ПОПЛАВСЬКА С., КІРЯЧОК М.** Досвід організації освітнього процесу в Житомирському медичному інституті ЖОР в умовах воєнного часу.

4. **БЄЛІКОВА І., ЛЯХОВА Н., ГОЛОВАНОВА І., ХОРОШ М., КРАСНОВА О.** Формування знань фахівців громадського здоров'я в умовах глобальних процесів.

5. **СИВОХОП Е.** Досвід організації навчального процесу на факультеті здоров'я та фізичного виховання Ужгородського національного університету.

СЕКЦІЯ 1

«Вплив ситуацій глобального характеру на стан здоров'я населення»

9 червня 2023 р. 11.30., Coogole Meet

Керівники секції – Слабкий Г., Погоріляк Р.

Секретар секції – Білак-Лук'янчук В.

1. **СЛАБКИЙ Г., БРИЧ В., БЛАК-ЛУК'ЯНЧУК В., КОСТЕНКО С.** Вплив війни проти російської агресії на стан індивідуального та громадського здоров'я населення України.
2. **ДІДОК Л.В.** Вплив війни проти російської агресії на стан захворюваності населення України на вакцинокеровані інфекції.
3. **ЛЕПКАНИЧ А., МИРОНЮК І.** Концептуальна модель здорової харчової поведінки молоді в умовах росту рівня цифрового інформаційного навантаження.
4. **ПАЛЬКО Т.** Особливості впливу ситуацій глобального характеру на стан здоров'я населення.
5. **ДЕЦИК О., ФЕДОРИКА Н., КОВАЛЬЧУК Р., ЦІХОНЬ З.** Вплив надзвичайних ситуацій глобального характеру на вчасність виявлення злоякісних новоутворень щелепно-лицевої ділянки.
6. **ЄМЕЦЬ Т.** Вплив війни проти російської агресії на стан отоларингологічного здоров'я дорослого населення Сумської області.
7. **КОРОБКО І.** Дослідження рівня споживання молоддю харчової солі як чинника негативного впливу на здоров'я людини (на прикладі студентів молодших курсів ВНЗ).

8. МОЧАЛОВ Ю., КУЛИНИЧ М., ЦУПЕРЯК С., ДОМИЩЕ М. Стоматологічне здоров'я населення Закарпаття як напрямок прикладних досліджень: місце в глобальних процесах та перспективи.

9. МАЛЬЦЕВА О., САМОЙЛЕНКО С., ГОМОНАЙ М., СТЯПКО Я.І. Вплив ситуацій глобального характеру на стан здоров'я окремих груп населення.

10. ДУЖИЙ І., БОНДАРЕНКО Л., КАРПЕНКО А. Особливості сімейного туберкульозу в умовах реорганізації протитуберкульозної служби (в умовах збільшення міграційних процесів).

11. СЛАБКИЙ Г., ШЕНЬ А., ШЕНЬ Ю. Деякі показники стану онкологічного здоров'я дорослого населення Чернігівської області в довоєнний період.

Обговорення доповідей.

СЕКЦІЯ 2

«Вимоги до спеціалістів в охороні здоров'я з мінімізації негативних медико-демографічних наслідків ситуацій глобального характеру»

9 червня 2023 р. 11.30., Google Meet

Керівники секції – Сміянов В., Гордійчук С.

Секретар секції – Дуб М.

1. ЛІННІКОВ С. Зміст компетентностей фахівців системи громадського здоров'я для ефективної розробки і впровадження інформаційних кампаній для представників уразливих груп населення.

2. **РЯБІНЧУК М.** Інтеграція компетенцій спеціалістів громадського здоров'я України у відповідність до загальноєвропейських підходів.

3. **РУСИН Л., МЕЛЕГА К.** Роль здоров'язбережувальних технологій в освітньому середовищі закладів вищої освіти в умовах воєнного стану.

4. **ПАРІЙ В., ДУДНИК С.** Підготовка організаторів охорони здоров'я до забезпечення ефективної роботи закладів охорони здоров'я в екстремальних ситуаціях.

5. **ЯЦИНА О.** Предиктори резильєнтності в надзвичайних ситуаціях глобального характеру.

6. **БРИЧ В., ЄМЕЦЬ Т.** Вимоги до компетенцій лікарів загальної практики-сімейних лікарів з надання медичної допомоги населенню з хворобами вуха, горла та носа.

7. **БАЛАШОВ К., МОГІЛЬНИЦЬКИЙ А., ЗАХАРОВА Н., ТУРЯНИЦЯ С., ПАСЕНКО М., СЛАБКІЙ Г., ГУЛЬЧИЙ О.** Розбудова доказового громадського здоров'я в Україні: актуальність, методологія та перспективи використання українського інструменту для моніторингу поведінки, сприйняття ризику та дезінформації.

8. **КОШЕЛЯ І.** Компетенції лікарів загальної практики-сімейних лікарів з надання комплексної медичної допомоги населенню з хворобами системи кровообігу.

9. **ЖДАНОВА О.** Вплив надзвичайних ситуацій глобального характеру на стан здоров'я студентської молоді.

Обговорення доповідей.

СЕКЦІЯ 3

«Вплив ситуацій глобального характеру на підготовку спеціалістів по збереженню та зміцненню здоров'я населення та шляхи оптимізації підготовки спеціалістів по збереженню та зміцненню здоров'я населення з ліквідації негативних медико-демографічних наслідків надзвичайних ситуаціях глобального характеру»

9 червня 2023 р. 11.30., Coogle Meet

Керівники секції – Яцина О., Рогач І.

Секретар секції – Корольчук О.

1. РОМАНЮК А., СІКОРА В., МОСКАЛЕНКО Р., КУЗЕНКО Є., ЛИНДІН М., ГИРЯВЕНКО Н., КАРПЕНКО Л., ПІДДУБНИЙ А., ЧИЖМА Р. Особливості систематизації навчання студентів-медиків в умовах війни на прикладі діяльності кафедри патологічної анатомії Сумського державного університету.

2. ЯЦИНА О., ПАЛЬКО Т., ІВАЦЬ-ЧАБІНА А. Практична підготовка психологів з допомоги населенню при критичних ситуаціях.

3. КОЗАР Ю. Актуальність підготовки майбутніх лікарів з питань права в охороні здоров'я.

4. КЛТИНСЬКА О., ЛАЙОШ Н , ЗОРІВЧАК Т., ШЕВЕРЯ С., ШЕТЕЛІ В., БОБЕЛЬСЬКИЙ В. Переваги дистанційної форми навчання курсантів за спеціальністю "Дитяча стоматологія".

5. КОРОЛЬЧУК О. Особливості підготовки спеціалістів по збереженню та зміцненню здоров'я спеціальності "клінічна психологія" населення в надзвичайних ситуаціях глобального характеру.

6. **МИРОНЮК І., СЛАБКИЙ Г., БРИЧ В., ЯЦИНА О., БЛАК-ЛУК'ЯНЧУК В.** Студентська наука в період війни проти російської агресії: на прикладі кафедри наук про здоров'я УжНУ.

7. **ЛЕХАН В.** Цифрові технології як інструмент мотивації студентів під час дистанційного навчання.

8. **СТЕБЛЮК С.** Навчання, виховання та розвиток дітей з інтелектуальними порушеннями як медико-педагогічна проблема.

9. **ХОМА Т.** Особливості застосування ігрових технологій у роботі з дітьми з інтелектуальними порушеннями в умовах закладу загальної середньої освіти.

10. **ЯНЧЕВСЬКИЙ О., КОЗАР Ю.** Оцінка ефективності вивчення предмету “Основи здоров'я” в загальноосвітніх школах як одного із методів профілактики поширення соціально небезпечних хвороб серед молоді.

11. **МИРОНЮК І., СЛАБКИЙ Г., БРИЧ В., ЯЦИНА О., КОРОЛЬЧУК О., БЛАК-ЛУК'ЯНЧУК В.** Впровадження тематики європейської інтеграції в освітній процес та наукових досліджень кафедри наук про здоров'я УжНУ: 2022 -2023 роки.

Обговорення доповідей.

СЕКЦІЯ 4

«Забезпечення населення доступною та якісною медичною допомогою при подоланні негативних медико-демографічних наслідків надзвичайних ситуацій глобального характеру»

9 червня 2023 р. 11.30., Coogle Meet

Керівники секції – Смірнов С., Шатило В.

Секретар секції – Гуцол І.

1. **МЕДВЕДОВСЬКА Н., КВАЧ М.** Збереження репродуктивного здоров'я чоловіків на сучасному етапі в Україні.
2. **ШКАТУЛА Ю., БАДІОН Ю., ЯРЕМЕНКО А.** Порівняння ефективності різних способів тимчасової зупинки зовнішньої кровотечі на догоспітальному етапі надання допомоги.
3. **ЖИЛКА Н., СЛАБКІЙ Г., ЩЕРБІНСЬКА О.** Особливості антенатальної допомоги вагітним в умовах війни.
4. **ФІЛАК Ф.** Вплив засобів фізичної реабілітації на фізичний розвиток і показники гостроту зору у дітей шкільного віку з міопією.
5. **ФІЛАК Я.** Засоби фізичної реабілітації при посттравматичному запаленні синовіальної оболонки колінного суглоба у спортсменів.
6. **ШКАТУЛА Ю., СОКОЛ Б., БАДІОН Ю.** Вірогідність розвитку циркуляторного шоку у постраждалих з травматичною крововтратою.
7. **ВАСИЛИНЕЦЬ М.** Сучасні потреби населення в реконструктивній травматолого-ортопедичній допомозі та шляхи їх забезпечення.
8. **СПІВАК А., КАБАЦІЙ Н.** Забезпечення населення територіальної громади реабілітаційною допомогою.

9. **КАРТАВЦЕВ Р.** Шляхи забезпечення закладів охорони здоров'я в післявоєнний період сучасним медичним обладнанням.

10. **ХУТОРСЬКА О.** Особливості організації функціонування відділення первинної медичної допомоги приватного закладу охорони здоров'я в умовах масового вимушеного переміщення населення, зумовленого агресією РФ проти України.

11. **ЗАЩИК Н.** Сучасна функціонально-організаційна модель профілактики формування саморуйнівної поведінки у населення в повоєнний період.

12. **ПІШКОВЦІ В.** Особливості забезпечення населення гірської географічної зони проживання стоматологічної допомоги в повоєнний період при реформуванні системи охорони здоров'я України.

Обговорення доповідей.

ПІДСУМКОВЕ ПЛЕНАРНЕ ЗАСІДАННЯ

9 червня 2023 р. 16.30., Coogte Meet

Головуючі – Миронюк І., Жуховський І., Смірнов С.

Секретар – Брич В.

1. Доповідь керівника секції 1.
2. Доповідь керівника секції 2.
3. Доповідь керівника секції 3.
4. Доповідь керівника секції 4.
5. Виступи співголів конференції.

Обговорення доповідей.

Закриття конференції.

РОЗБУДОВА ДОКАЗОВОГО ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ: АКТУАЛЬНІСТЬ, МЕТОДОЛОГІЯ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ВИКОРИСТАННЯ УКРАЇНСЬКОГО ІНСТРУМЕНТУ ДЛЯ МОНІТОРИНГУ ПОВЕДІНКИ, СПРИЙНЯТТЯ РИЗИКУ ТА ДЕЗІНФОРМАЦІЇ

Костянтин БАЛАШОВ^{1,2}

Андрій МОГІЛЬНИЦЬКИЙ^{1,3}

Надія ЗАХАРОВА¹

Соломія ТУРЯНИЦЯ^{1,4}

Максим ПАСЕНКО^{1,3}

Геннадій СЛАБКИЙ²

Олеся ГУЛЬЧИЙ¹

¹ *Національний університет охорони здоров'я України
імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна*

² *ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

³ *Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
м. Київ, Україна*

⁴ *Національний університет «Києво-Могилянська академія»,*

Комунікація щодо ризиків – комплексний та багатогранний процес, спрямований на надання підтримки зацікавленим сторонам у виявленні загроз, оцінюванні вразливості та просуванні колективної стійкості; таким чином, вона сприяє розбудові спроможностей щодо управління надзвичайними ситуаціями у сфері громадського здоров'я. Важливою частиною комунікації щодо ризиків є оптимізація та максимізація поширення інформації щодо ризиків і подій у сфері охорони здоров'я серед населення, однак цей механізм не може працювати якісно та повноцінно без налагодження ефективних каналів зворотнього зв'язку.

Оцінка ефективності інтервенцій покладена в основу доказового громадського здоров'я [1], що визначається як процес інтеграції результатів наукових досліджень та практичного досвіду для покращення здоров'я цільової популяції [2], і враховує три

типи наукових критеріїв (вірогідність, правдоподібність та адекватність) для прийняття управлінських рішень [3].

Оцінка результатів дослідження також можлива з використанням багатовимірних підходів. Автори праці [4] наводять дані з оцінки доказів ефективності втручання за трьома вимірами: **силою**, що визначається поєднанням дизайну дослідження, методологічної якості та статистичної точності; **величиною** вимірюваних ефектів; та **відповідністю** вимірюваних ефектів контексту впровадження. Такі підходи суголосні епідеміологічній традиції використання декількох критеріїв для оцінки причинно-наслідкових зв'язків. Кінцевою метою визначення доказовості втручань у сфері громадського здоров'я є оцінка ефективності втручання в реальних умовах, його довгострокового впливу, безпечності, а також повторюваність результатів у різних соціокультурних контекстах [5,6].

У звіті місії спільного зовнішнього оцінювання ключових спроможностей України у рамках Міжнародних медико-санітарних правил, що відбулася за сприяння ВООЗ 2021 року, при оцінці комунікації щодо ризиків було позитивно відмічено те, що Державна служба статистики України регулярно проводить опитування серед домогосподарств із метою аналізу факторів ризику для здоров'я та добробуту населення [7]. Однак не існує одного уніфікованого інструменту, що б оцінював проблему багаторівнево та всебічно.

У Звіті визначено сфери, що потребують вдосконалення, та виклики до системи охорони здоров'я України, зокрема:

- необхідність регулярного дослідження факторів, які можуть підвищувати ризики для населення;
- забезпечення систематичного моніторингу ефективності методів громадських кампаній та / або повідомлень для викорінення безпідставних уявлень та боротьби з дезінформацією;

- потреба детальнішого картування мов, умов життя, а також релігійних і культурних практик та каналів комунікації, яким довіряє населення [7].

За результатами рекомендовано у якості одного з пріоритетних заходів створити та/або впровадити систему збирання інформації щодо сприйняття ризиків, поведінки та дезінформації з метою аналізу проблем та страхів суспільства. Як приклад такого інструменту був вказаний «Інструмент ВООЗ для дослідження сприйняття ризиків, поведінки та дезінформації» (WHO Europe's Behavioural Insights tool) [8].

Це посібник для держав-членів Європейського регіону ВООЗ, які бажають провести дослідження поведінкових аспектів, пов'язаних із COVID-19. За рахунок вивчення ставлення населення до заходів профілактики (зокрема, обмеження соціальної активності), чинників психічного та фізичного здоров'я, поведінки, інформаційних потреб, ставлення до конспірології та дезінформації запропонований інструмент дозволяє:

- 1) передбачати небажані сценарії та ініціювати пом'якшувальні заходи;

- 2) здійснювати заходи реагування на пандемію, які краще підкріплені даними, адаптовані до ситуації, прийнятні і, отже, ефективніші.

З метою забезпечення потреб України у аналогічному моніторинговому інструменті, що міг бути застосований в Україні та відповідав сучасним потребам вітчизняної сфери охорони здоров'я (зокрема, йдеться про потреби за напрямом фізичної та психічної реабілітації, реагування на спричинені війною ризики для здоров'я, робота з дезінформацією тощо), було розроблено проект науково-дослідної роботи «Переклад, верифікація та адаптація української версії інструменту ВООЗ для дослідження сприйняття ризиків, поведінки та дезінформації (WHO Europe's Behavioural Insights tool)» (номер державної реєстрації: 0123U101296).

За результатами аналізу оригінального англомовного інструменту та з врахуванням позиції експертів Європейського регіонального бюро ВООЗ, відповідальних за його впровадження, було запропоновано адаптувати його структуру таким чином:

1. Залишити без змін блоки щодо сприйняття населення власного рівня благополуччя, ставлення до конспірології та опис соціо-демографічного профілю;

2. Внести зміни у формулювання запитань або варіанти відповідей таких блоків, як здійснення особою небажаних видів поведінки, довіра до інституцій, використання та довіра до джерел інформації, грамотність щодо здоров'я [9], дотримання профілактичних заходів щодо COVID19, ставлення до вакцинації;

3. Додати питання, що відображають сучасну проблематику України та / або є актуальними для всього Європейського регіону ВООЗ у контексті реагування на надзвичайні ситуації в сфері охорони здоров'я. Зокрема, блоки щодо потреби в інформації про здоров'я, локусу контролю [10], сприйняття дезінформації та інформаційної гігієни, детермінант неінфекційних захворювань та психічного здоров'я, потреба у фізичній та психологічній реабілітації, оцінці ризиків для здоров'я, взаємодії з сімейним лікарем, доступу до медичної допомоги та екологічного здоров'я.

Через зменшення актуальності та оголошення ВООЗ про відміну статусу пандемії SARS-CoV-2 вирішено вилучити такі концепти, як ставлення до вакцини COVID19, ставлення до обмежень, пов'язаних з COVID19, тестування і відстеження щодо COVID19, психологічного впливу та ймовірності зараження COVID19.

Після проходження стандартних процедур перевірки валідності та надійності планується проведення пілотного крос-секційного дослідження репрезентативної для України вибірки, а також у співпраці з Центром громадського здоров'я та Центрами контролю і профілактики хвороб впровадження періодичного

моніторингу поведінкових детермінант здоров'я з використанням створеного інструменту.

Наявність таких даних для національного, регіонального та рівня громад, а також можливість відстеження динаміки цих показників дозволить посилити потенціал України у боротьбі з інфекціями та дезінформацією, покращити розуміння перешкод до здорового способу життя, сприятиме розробці ефективної моделі психологічної та фізичної реабілітації, а також дозволить гнучко варіювати ці заходи відповідно до потреб конкретної громади.

Література

1. Roberts I. The future of public health. Evidence based public health. *US National Library of Medicine* .URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2541960/>. (дата доступу: 16.05.2023)
2. Vanagas G., Bala M., Lhachimi S. K. Evidence-Based Public Health 2017. *US National Library of Medicine* . URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5705863/>. (дата доступу: 16.05.2023)
3. Victora C. G., Habicht, J.-P., Bryce J. Evidence-Based Public Health: Moving Beyond Randomized Trials. 94(3), 2004, *American Journal of Public Health*. с. 400-405.
4. Rychetnik L., et al. Criteria for evaluating evidence on public health interventions. 2002, *J Epidemiol Community Health*. с. 119-127.
5. Faggiano F., et al. Europe Needs a Central, Transparent, and Evidence-Based Approval Process for Behavioural Prevention Interventions. 2014, *PLOS Medicine*. с. 1-6.
6. Lecerof S.S. et al. Findings from a prospective cohort study evaluating the effects of International Health Advisors' work on recently settled migrants' health. 17(1):369, 2017. *BMC Public Health*. doi: 10.1186/s12889-017-4273-0.

7. World Health Organization. Спільне зовнішнє оцінювання ключових спроможностей України у рамках ММСП. Geneva, 2020.

8. World Health Organization Regional Office for Europe. Monitoring knowledge, risk perceptions, preventive behaviours and trust to inform pandemic outbreak response. Copenhagen, 2020.

9. Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). Lenus: The Irish Health Repository. URL:

<https://www.lenus.ie/bitstream/handle/10147/304788/1471-2458-13-948-S1.PDF>. (дата доступу: 16.05.2023)

10. Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Scales. Vanderbilt. School of Nursing. URL: <https://nursing.vanderbilt.edu/projects/wallstonk/index.php>. (дата доступу: 16.05.2023)

ФОРМУВАННЯ ЗНАНЬ ФАХІВЦІВ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ГЛОБАЛЬНИХ ПРОЦЕСІВ

*Інна БЄЛІКОВА,
Наталія ЛЯХОВА,
Ірина ГОЛОВАНОВА,
Максим ХОРОШ,
Оксана КРАСНОВА*

Полтавський державний медичний університет

За останні десятиліття темпи глобальної інтеграції стали набагато вищими та вражаючими завдяки безпрецедентним досягненням у сферах технологій засобів зв'язку, науці, охороні здоров'я, транспорті та промисловості. До сучасних ознак глобалізації відносять розповсюдження інтернету та засобів масової інформації, застосування мобільного зв'язку, рекламу, обіг

світової валюти та електронних грошей, поширення фаст фудів; робота міжнародних організацій тощо.

Процес глобалізації, як і будь який інший, має свої позитивні та негативні риси. До позитиву глобалізації можемо віднести зміцнення співробітництва між державами, збільшення ринку, економія на масштабах виробництва, підвищення продуктивності праці, як наслідок технічного прогресу, мобілізація великих фінансових ресурсів тощо. До негативних наслідків глобалізації відносять неравномірність розподілу ресурсів, поляризація багатих та бідних, зростання націоналістичних рухів як відповідь на глобалізацію, загострення глобальних проблем, погіршення глобального здоров'я.

Метою даного дослідження є з'ясування ролі знань щодо глобального здоров'я для майбутніх фахівців громадського здоров'я.

Під глобальним здоров'ям розуміємо область вивчення, дослідження і практики, яка ставить пріоритетом поліпшення здоров'я і досягнення справедливості у відношенні здоров'я для всіх людей у всьому світі. Глобальне здоров'я займається питаннями поліпшення здоров'я населення в світі, скорочення нерівності та захисту від глобальних загроз, які ігнорують національні кордони, а також направлене на різні аспекти, що визначають здоров'я населення в міжнародному контексті і стосується таких областей вивчення як: медицина, суспільна охорона здоров'я, епідеміологія, демографія, економіка, соціальні науки, етика і права людини, і ін.

ВООЗ відносить до списку проблем глобального здоров'я боротьбу із кліматичними загрозами, які впливають на здоров'я, справедливість доступу до медичних послуг і ліків, зупинення поширення інфекційних хвороб, готовність до епідемій; Захист населення від небезпечних для здоров'я продуктів і виробів, інвестування в людей, які піклуються про здоров'я населення, контроль за безпекою підлітків, довіра та боротьба з поширенням дезінформації в питаннях здоров'я, боротьба з антибіотикорезистентністю та ін.

До глобальних проблем охорони здоров'я у III тисячолітті слід віднести економічні проблеми, екологічні загрози, кадрові проблеми та трудова міграція, проблема доступності до медичних послуг, проблеми якості медичної допомоги.

Висока вартість послуг охорони здоров'я, неможливість прогнозування часу виникнення потреби в них та їх відстрочки, необхідність оплати в момент отримання послуги, що може призвести до відмови від послуги, становить загрозу зuboжіння населення, зумовлює необхідність фінансового захисту та розподілу ризиків.

Наслідки інтенсивного використання екологічних систем, а саме: значне забруднення довкілля, деградація, прояви зміни клімату, негативно впливають на здоров'я, що, у свою чергу, призводить до зростання екологічно залежної патології, значних медичних та соціально-економічних збитків для суспільства.

Проявами глобалізації в медицині є формування світового ринку медичних послуг, ринку товарів медичного призначення, ринку фармакологічних препаратів, Загальне бачення організації охорони здоров'я в країнах (рамкова система), взаємовідносини щодо впровадження доказової медицини.

Кокранівське співробітництво є проявом глобалізації у впровадження принципів доказової медицини. Дана організація вивчає ефективність медичних засобів та методик шляхом проведення рандомізованих контрольованих досліджень. Результати досліджень у вигляді систематичних оглядів, метааналізів публікуються в базі даних, яка носить назву Кокранівська бібліотека. Дана організація нараховує понад 28000 вчених-добровольців зі 100 країн світу.

Загальновідомо, що до надзвичайних глобальних явищ, які перетинають національні кордони відносять потепління та зміна клімату. Вирішення таких проблем потребують узгоджених дій на всіх рівнях і глобальної співпраці. З метою вирішення проблем глобального потепління та його негативних наслідків прийняли

Паризьку угоду про зміну клімату, спрямовану на покращення якості навколишнього середовища, яку підписали 144 із 197 країн.

Зміни в соціально-економічній інфраструктурі та зростання попиту на здоров'я людини безпосередньо пов'язані з витратами на охорону здоров'я. Подібним чином дев'ять із десяти людей дихають брудним повітрям, а забруднення повітря було найвищим ризиком для навколишнього середовища у 2019 році (WHO, 2019a; Usman et al. 2021a).

У 2008 Генеральний директор Всесвітньої організації охорони здоров'я Маргарет Чан виступила з промовою «Глобалізація та охорона здоров'я». Головними питаннями на порядку денному були загрози навколишньому середовищу, а також справедливий перерозподіл економічних переваг глобалізації. Пандемія коронавірусу 2020 року показала світовій спільноті ще одну загрозу глобалізації міжнародній безпеці – швидке поширення вірусів та інфекцій. Міжнародна торгівля та туризм сприяють економічному розвитку та порозумінню між країнами, але також спричиняють глобалізацію ризиків для здоров'я.

Підготовка фахівців в сфері громадського здоров'я передбачає надання знань задля формування їх спроможності діяти в умовах складних проблем у сфері громадського здоров'я. Зміни в глобальному здоров'ї є тією самою проблемою, яку належить вирішувати майбутнім фахівцям.

Відповідно до Закону України «Про вищу освіту» здобувач вищої освіти має право обирати дисципліни обсягом не менше 25% кредитів ЄКТС від загального обсягу освітньої програми. Вибіркові дисципліни надають можливість отримання додаткових знань, потреба в яких, обумовлено характером майбутньої діяльності.

На підставі існуючого досвіду та проаналізованих освітніх програм, нами запропоновано включити до списку вибірових компонент дисципліну «Глобальне здоров'я».

При виборі даної дисципліни здобувач освіти може отримати додаткові знання, усвідомити глобальні проблеми та їх вплив на можливість збереження здоров'я населення, сформувати уявлення

про особливості функціонування системи громадського здоров'я в умовах глобальних проблем, отримати розуміння взаємопов'язаності різних політичних, соціально-економічних, екологічних процесів, що відбуваються в країні та в світовому рівні.

Література

1. Горошко В.І. Розвиток охорони здоров'я в контексті глобалізації / В.І. Горошко, Г.М. Траверсе // Трансформаційні процеси в підготовці сучасного медичного та фармацевтичного працівника : зб. матеріалів II Всеукр. наук.-практ. internet-конф. з міжнар. участю, м. Рівне, 17 бер. 2021 р. – Рівне : РМА, 2021. – С. 28-32.
2. Перетворення нашого світу: Порядок денний у сфері сталого розвитку до 2030 року: Резолюція Генеральна Асамблея ООН, 25 вересня 2015 р.
3. Global Health Workforce Alliance – Working Group No. 1 (2014, September 28). Economic, demographic, and epidemiological transitions and the future of health labour markets. Retrieved from: http://www.who.int/workforcealliance/media/news/2014/WG1_SynthesisSept282014.pdf?ua=1
4. Bo Yang, Muhammad Usman, Atif jahanger Do industrialization, economic growth and globalization processes influence the ecological footprint and healthcare expenditures? Fresh insights based on the STIRPAT model for countries with the highest healthcare expenditures. Sustainable Production and Consumption. Volume 28, October 2021, 893-910. doi.org/10.1016/j.spc.2021.07.020
5. Cheng J. In China, Anger Simmers Over Coronavirus Doctor's Death [Електронний ресурс] / Jonathan Cheng // The Wall Street Journal. – 2020. – Режим доступу до ресурсу: <https://www.wsj.com/articles/in-china-anger-simmers-over-coronavirusdoctors-death-11581061065>.

РЕАКЦІЯ АСТРОЦИТАРНОЇ ГЛІЇ ШИШКОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ ЩУРІВ ЗА УМОВИ ВПЛИВУ НА ОРГАНІЗМ РІЗНИХ ТЕРМІНІВ КЛІТИННОГО ЗНЕВОДНЕННЯ

Наталія ГРИНЦОВА,

Анатолій РОМАНЮК

Сумський державний університет, медичний інститут,

Вступ. Супутником багатьох патологічних станів організму є порушення водно-електролітного балансу. В умовах воєнного стану в Україні ця проблема набуває більшої актуальності. До одного із видів розладів водного балансу належить клітинна дегідратація. Клітинна дегідратація може бути наслідком неправильного лікування чи активного наводнення організму гіпертонічними розчинами або вимушеного вживання солоної води. У здорових людей такі дегідратації майже не зустрічаються, не рахуючи, звичайно, осіб, які перебувають в умовах відсутності прісної води, наприклад, у морі або пустелі. Іншими причинами клітинних дегідратацій, що найчастіше зустрічаються, служать гіпервентиляція, поліурія, блювання, проноси, значні опіки шкіри, сильне потіння, спричинений глюкозурією нецукровий діабет. Епіфіз, як нейроендокринний орган, самостійно та опосередковано через гіпофіз та наднирники, впливає на регуляцію водно-електролітного балансу в організмі. Тому, актуальною проблемою сучасної морфології є вивчення механізмів розвитку в епіфізі статевозрілих щурів адаптивної реакції у відповідь на вплив різних термінів клітинного зневоднення.

Матеріали та методи Експеримент проводили на 24 білих статевозрілих щурах-самцях віком 7–8 місяців, яких розділили на 1 контрольну та 3 піддослідних групи. Експериментальну групу склали 12 тварин, яким (згідно методичних рекомендацій) моделювали різний ступінь тяжкості клітинної дегідратації: 10-та доба експерименту-легкий ступінь; 20-та доба – середній ступінь; 30-та доба – тяжкий ступінь. Раціон щурів складав 1,5 %

гіпертонічний розчин повареної солі та гранульований комбікорм. Тварин виводили з експерименту після досягнення відповідного ступеня дегідратації шляхом передозування тіопенталового наркозу (із розрахунку 30-40мг/10г маси тіла) згідно міжнародних норм з біоетики. У дослідженнях використовували загальногістологічний метод дослідження (гематоксилін-еозин), морфометричний та статистичний методи.

Результати дослідження та їх обговорення Вплив клітинного зневоднення на реакцію клітин астроцитарної глії епіфіза піддослідних тварин виявив пряму залежність між виразністю гліальної реакції та збільшенням строків експерименту. Зокрема, виявлено найбільший ступінь реактивної гліальної реакції при важкому ступені клітинного зневоднення, при легкому та середньому ступені-помірну. Так, вже при легкому ступені, у периферійній зоні залози, навколо судин та сформованих крововиливів розвивалася досить виразна активна гліальна реакція у вигляді гліальних вузликів. Крім локальної, також виявлялася і загальна дифузна гліальна реакція. Гліальні елементи формували своєрідні «муфти», що охоплювали судини та сприяли покращенню метаболічних процесів між кров'ю та пінеалоцитами. Астроцити у паренхімі та навколо крововиливів, напевно сприяли очищенню паренхіми від загиблих пінеалоцитів та елементів крововиливів.

Але, при легкому ступені клітинного зневоднення чисельність пінеалоцитів ще мало чим відрізнялася від показників контрольних тварин. Із збільшенням термінів досліді спостерігалось поступове зменшення кількості пінеалоцитів, на що вказувала розрідженість клітин у трабекулах. А кількість астроцитів, навпаки, поступово зростала у периферійних ділянках епіфіза. Так, абсолютна кількість клітин астроцитарної глії достовірно збільшувалася на 57,9 % ($P < 0,001$, $t = 6,29$) (легкий ступінь), на 87,3 % ($P < 0,001$, $t = 9,98$) (середній ступінь), у 2,4 рази ($P < 0,001$, $t = 11,36$) (важкий ступінь) відносно показників контрольних тварин. Гліоцито-нейрональний індекс зростав та недостовірно ($P > 0,05$) перевищував показники контрольних тварин

на: 72,7 % (легкий ступінь), у 2,6 разів (середній ступінь), у 3,6 разів (важкий ступінь) відносно показників контрольних тварин.

Висновки Отже, вплив клітинного зневоднення на організм піддослідних тварин викликав у епіфізі активну гліальну реакцію астроцитарної глії у вигляді реактивного астрогліозу. Виразність реакції знаходилася у прямій залежності від строків експерименту. На нашу думку та думку ряду авторів, реактивний астрогліоз є одним із проявів розвитку у епіфізі пристосувально-компенсаторних процесів, направлених на досягнення у залозі іонного та метаболічного гомеостазу.

ДОСВІД ОРГАНІЗАЦІЇ ОСВІТНЬОГО ПРОЦЕСУ В ЖИТОМИРСЬКОМУ МЕДИЧНОМУ ІНСТИТУТІ ЖОР В УМОВАХ ВОЄННОГО ЧАСУ

Світлана ГОРДІЙЧУК,

Віктор ШАТИЛО,

Світлана ПОПЛАВСЬКА,

Марина КІРЯЧОК

Житомирський медичний інститут

Житомирської обласної ради

Актуальність. Військова агресія росії проти України докорінно змінила усталені підходи до організації роботи закладів, колективів в тому числі і закладів освіти. Першочерговими завданнями під час війни стали умови безпеки для колективу і учасників освітнього процесу, зміна освітньої траєкторії з метою формування нових компетенцій медичних фахівців, пов'язаних з особливостями уражень внаслідок військових дій, участь у заходах, направлених на подолання ворога і Перемогу, а також багато інших специфічних завдань і обов'язків.

Мета та завдання. Метою нашого дослідження був аналіз ситуації, у зв'язку з розв'язаною війною рф проти українського народу, вироблення плану дій для забезпечення освітнього процесу у світлі нових спеціальних вимог і завдань та організація і координація багатовекторної діяльності всього колективу і студентів на перемогу у війні проти загарбників.

Виклад основного матеріалу. Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради відновив освітній процес 28 березня 2022 року. Процес організації навчання, обговорення питань удосконалення освітнього процесу в умовах воєнного стану супроводжувався численними консультаціями та зустрічами адміністрації з колективом та здобувачами освіти. Кожен член колективу намагався вносити конструктивні пропозиції в освітній процес і діяльність колективу в умовах війни, і це був потужний патріотичний процес народження та реалізації нових ідей, об'єднаних колосальною творчою енергією колективу в цей відповідальний момент у житті нашої держави. Важливо, що здобувачі освіти брали активну участь в опитуваннях, організованих адміністрацією та радою студентського самоврядування інституту, завдяки чому мали постійну можливість висловити свою точку зору та надати пропозиції щодо ефективної організації навчання, які обов'язково враховувалися для покращення освітнього процесу в умовах війни.

На цьому етапі освітній процес було запроваджено в дистанційному режимі. Заклад освіти був готовий до такого формату організації освітнього процесу, оскільки мав достатній рівень забезпечення відповідними технічними засобами, зокрема завдяки підтримці Україно-Швейцарського проекту «Розвиток медичної освіти», що вже надавав інституту обладнання для дистанційного навчання, яке широко використовувалося колективом інституту.

Однією з важливих ініціатив, започаткованих у Житомирському медичному інституті на початку навчального року, стала стратегічна орієнтація ЗВО на співпрацю з міжнародними та

українськими партнерами: закладами вищої освіти, фондами, громадськими організаціями та ін. – з метою розвитку кадрового потенціалу ЗВО, розширення можливостей академічної мобільності для науково-педагогічних працівників і здобувачів освіти, зміцнення матеріально-технічного ресурсу закладу та ін.

Зокрема Житомирський медичний інститут підписав договір про співпрацю з крос-секторальним проектом In Touch Ukraine Foundation, який реалізується за підтримки Дитячого фонду ООН (UNICEF), що має на меті впровадження універсально-прогресивної пацієнтоорієнтованої моделі домашніх візитів до вагітних та родин з дітьми від 0 до 3 років. Викладачі інституту вже пройшли перший етап тренінгів для тренерів з упровадження універсально-прогресивної моделі патронажу. За підсумками навчання викладачі стануть національними тренерами та будуть забезпечувати реалізацію моделі шляхом навчання патронажних сестер та лікарів, а також молодих сімей для забезпечення належного догляду за дітьми віком від 0 до 3 років. Також на базі закладу освіти за сприяння фонду UNICEF Ukraine заплановано створення тренінгово-ресурсного центру.

Житомирський медичний інститут продовжує діяльність в межах реалізації проектів з міжнародного співробітництва. На початку 2023 року заклад освіти підписав договір про реалізацію програми Erasmus+ «Learning mobility for higher education students and staff» з Каліською академією (м. Каліш, Польща), у межах якого заплановано стажування 6 науково-педагогічних працівників, а також здобувачів освіти інституту за освітніми програмами «Медсестринство», «Фізична терапія, ерготерапія».

Важливою складовою міжнародного співробітництва ЖМІ є співпраця з Міжнародною академією прикладних наук в Ломжі (Польща). Окрім організації ряду міжнародних стажувань, до участі в яких щороку долучаються науково-педагогічні працівники інституту, академія стала співорганізатором III Міжвузівської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Актуальні питання підготовки та наукової діяльності магістрів галузі знань

“Охорона здоров’я”», що вже третій рік поспіль проводиться Житомирським медичним інститутом у співпраці з ДВНЗ «Ужгородський національний університет».

З метою запровадження передових технологій навчання і підвищення якості освіти інститут ЖМІ ЖОР продовжує співпрацю із закладами вищої освіти України: Тернопільським національним медичним університетом, Ужгородським національним університетом, Сумським національним університетом, Національним університетом «Острозька академія», та ін.

Цього року, під час війни, інститут додатково підписав договори про співпрацю, - меморандум про взаємодію та співпрацю з Івано-Франківським національним медичним університетом, Приватним вищим навчальним закладом «Київський медичний університет», Харківським національним медичним університетом та Запорізьким державним медико-фармацевтичним університетом.

Завдяки співпраці з українськими медичними ЗВО інститут має можливість брати участь у спільних наукових дослідженнях, проводити науково-практичні конференції, здійснювати обмін досвідом впровадження ефективних практик організації освітнього процесу та ін. Зокрема результатом такої співпраці став започаткований інститутом цього року курс відкритих лекцій «Медична освіта, наука, практика» від запрошених лекторів, провідних науковців медичної галузі та фахівців-практиків, які є представниками ЗВО-партнерів.

Колектив інституту усвідомлює важливість засвоєння основ медичних знань під час воєнних дій якомога більшою кількістю наших громадян, бійцями територіальної оборони, що збереже життя багатьох людей. Саме тому сертифіковані викладачі інституту з перших днів повномасштабного вторгнення проводили навчання членів територіальної оборони та мешканців житомирської громади з курсу базової домедичної допомоги в Навчальному тренінговому центрі інституту, створеному за сприяння Швейцарії, з використанням сучасного симуляційного обладнання, поставленого в межах реалізації Україно-

швейцарського проєкту «Розвиток медичної освіти». Сьогодні навчання вже пройшли понад 2000 осіб. Житомиряни мають можливість здобути важливі знання та практичні навички правильних дій при різних видах вогнепальних поранень, політравмах, кровотечі, переломах, серцево-легеневій реанімації та інших видах пошкоджень.

Також створено телеграм-канал Житомирського медичного інституту, де щодня публікується нова актуальна інформація про надання домедичної допомоги при травмах, кровотечах та інших невідкладних станах, а також корисна інформація щодо психологічної підтримки та збереження ментального здоров'я.

Зокрема на цій платформі боротьбу за ментальне здоров'я у цей надскладний для українського суспільства час веде психологічна служба ЖМІ. Щодня в телеграм-каналі інституту публікується актуальна інформація: поради про спілкування з дітьми під час війни, психологічна підтримка людей похилого віку, допомога для підлітків у ситуації психологічного напруження, поради щодо того, як впоратись зі стресом та коливаннями настрою та ін. Також психологи інституту проводять індивідуальні бесіди з усіма охочими колегами та студентами, надають фахову підтримку, дружню раду, консультують кожного, хто потребує допомоги.

Сьогодні українці зіштовхнулись із війною не лише на полях військових протистоянь, а й в інформаційному просторі. З метою ознайомлення співробітників та здобувачів інституту з базовими принципами медіаграмотності та інформаційної безпеки науково-методичною лабораторією спільно з психологічною службою та адміністрацією Житомирського медичного інституту проведено онлайн-семінар «Інформаційна безпека викладачів та здобувачів освіти ЗВО в умовах воєнного стану, інформаційної війни та дискредитаційної діяльності країни-агресора в інформаційному просторі». Під час семінару було висвітлено важливі питання інформаційної безпеки учасників освітнього процесу, поведінки в соціальних мережах, методів та засобів запобігання інформаційній дискредитації, виявлення маніпуляцій та фейків, протидії методам

прямого психологічного впливу з боку країни-агресора та ін. Ми готові поділитись цим досвідом з нашими колегами з інших закладів освіти.

Активну участь в захисті держави від агресії рашистів бере Рада студентського самоврядування Житомирського медичного інституту, - студенти долучаються до волонтерських ініціатив закладу, а також реалізують власні соціальні проекти: створення патріотичних відеоматеріалів для Instagram, TikTok; проєкт «Кібервійська ЖМІ» – телеграм-канал для боротьби з проросійськими фейками; збір коштів та гуманітарної допомоги у співпраці з Волонтерським центром ЖМІ.

Колектив ЖМІ чітко усвідомлює, що крім навчання і планових завдань, які стосувалися функціонування закладу в умовах війни, нашим обов'язком є допомога нашим людям. А тому поряд з навчальним процесом від першого дня вторгнення росії в Україну і до сьогодні в закладі проводить роботу Волонтерський центр Житомирського медичного інституту. Колектив і студентство об'єднались у прагненні допомогти якомога більшій кількості наших захисників, членам нашої громади, зокрема тим громадянам, які потребують особливої підтримки (діти-сироти, літні люди та ін.), українцям з інших областей, усім, хто в цей нелегкий час залишився у біді.

Координатори волонтерського центру є членами Волонтерського об'єднання України на базі громадської організації «Захист та справедливість», співпрацюють з добровольчим батальйоном «Соколи Полісся», волонтерською організацією Житомирської міської ради та медичною ротою «Кріт».

Співробітники та здобувачі освіти інституту забезпечують фінансову підтримку, яку лідери волонтерського руху ЖМІ разом з іншою гуманітарною допомогою спрямовують на допомогу ЗСУ, закладам охорони здоров'я, військовому госпіталю, обласному центру крові, обласному центру соціально-психологічної реабілітації дітей «Сонячний дім», вимушеним переселенцям, багатодітним сім'ям, інвалідам та за багатьма іншими напрямками,

де потрібна наша допомога. Протягом 2022 року члени Волонтерського центру ЖМІ працювали у фондах гуманітарної допомоги, на складах фармації, де забезпечували логістику руху допомоги до потерпілих, яка надходила з усіх куточків світу до Житомира.

Завдяки співпраці адміністрації та викладачів інституту з волонтерами за кордоном до Житомира надійшли гуманітарні вантажі: у ці складні для нас часи дружні до України народи багатьох країн і Урядів Світу роблять усе можливе, аби допомогти Народу України вистояти в боротьбі проти агресора. За сприяння волонтерів інституту були доставлені гуманітарні вантажі з Польщі, Італії, Австрії, що дозволило полегшити проблеми багатьох сімей, внутрішньо переміщених осіб, сиріт та інших категорій громадян, які потерпіли від агресії росії.

З перших днів війни міжнародні ЗВО-партнери акумулювали максимум зусиль для надання усієї необхідної підтримки українцям і співробітникам медичного інституту зокрема: передавали гуманітарну допомогу, надавали прихисток викладачам та членам їх сімей, які покинули свої домівки, а також усіляко сприяли їх адаптації до нових умов життя під час вимушеного перебування за кордоном. Безмежна вдячність міжнародним партнерам, особливо Каліській академії та Міжнародній академії прикладних наук в Ломжі, за те, що в нелегкі для нашої держави та всіх українців часи, зокрема в перші дні невизначеності та страху, кожен член нашого колективу мав можливість отримати допомогу та підтримку від небайдужих закордонних колег.

Викладачі та студенти долучаються до волонтерських ініціатив на рівні області. Зокрема, колеги та здобувачі освіти випускних курсів супроводжували маленьких мешканців обласного будинку дитини (дітки першого року життя - 20 осіб, паліативні - 10 осіб) під час евакуації з Житомира в більш безпечні регіони України та надавали всю необхідну допомогу в нелегкій вимушеній подорожі.

Цього року гуртожиток Житомирського медичного інституту став тимчасовою домівкою для 40 внутрішньо переміщених осіб з Харківської області, Луганської області (м. Попасна), Донецької області (м. Соледар, м. Бахмут, м. Сіверськ, м. Слов'янськ, м. Авдіївка), де ведуться активні бойові дії, внаслідок чого будинки людей зруйновано, майно втрачено. Колектив Житомирського медичного інституту та співробітники гуртожитку докладають максимальних зусиль для належного облаштування життя та побуту внутрішньо переміщених осіб, зокрема співпрацюють з міжнародними та всеукраїнськими благодійними фондами та організаціями: чеська некомерційна неурядова організація «People in Need», японська благодійна організація «Чорнобиль-Тюбу», фонду UNICEF Ukraine , благодійний фонд «Право на захист» – провідна в Україні правозахисна організація, що також надає психосоціальну та гуманітарну підтримку ВПО та ін.

Висновки. Підсумовуючи багатовекторні в умовах війни напрями роботи, ключовими завданнями закладу освіти на цьому відрізку історії вважаємо:

- формування національної свідомості і національної самоідентифікації;
- забезпечення якості освітньої діяльності для набуття здобувачами освіти професійних компетентностей та програмних результатів навчання, з урахуванням специфіки травм і ушкоджень внаслідок воєнних дій;
- підготовка населення до основ домедичної допомоги;
- орієнтація на міжнародну інтеграцію та впровадження кращих світових практик в освітній процес.

ВПЛИВ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ ГЛОБАЛЬНОГО ХАРАКТЕРУ НА ВЧАСНІСТЬ ВИЯВЛЕННЯ ЗЛОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕНЬ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ

Орина ДЕЦИК,

Наталія ФЕДОРІКА,

Ростислав КОВАЛЬЧУК,

Зоя ЦІХОНЬ

Івано-Франківський національний медичний університет

Актуальність проблеми. Профілактика хронічних неінфекційних захворювань не втрачає своєї актуальності впродовж останнього століття, відколи людство навчилося контролювати епідемічні захворювання. Внаслідок цього суттєво зросла очікувана тривалість життя при народженні, а головними вбивцями людей у більшості країн світу із високими та середніми доходами стали хвороби системи кровообігу, злоякісні новоутворення (ЗН), хронічні респіраторні хвороби та інші неінфекційні хронічні захворювання [1]. При цьому за прогнозами експертів ВООЗ та науковців, протягом найближчих десятиліть ЗН можуть витіснити серцево-судинні захворювання з першого місця і стати провідною причиною передчасної смерті у цих країнах [2]. Відповідно зросте і внесок ЗН у глобальний тягар хвороб [3], що вимагає прийняття уже сьогодні нагальних рішень щодо профілактики онкозахворювань на державному та регіональному рівнях.

Важливими індикаторами доступності та якості профілактичних послуг є показники вчасності виявлення візуальних форм раку, серед яких особливе місце займають злоякісні новоутворення щелепно-лицевої ділянки. Адже пухлини губи, ротової порожнини та глотки вкрай негативно впливають на якість життя пацієнтів внаслідок порушення життєво важливих функцій (мова, ковтання, слух, дихання), а також через косметичні дефекти і зміну індивідуальних характеристик (зовнішність, голос) [4].

Мета та завдання. Проаналізувати показники вчасності виявлення ЗН щелепно-лицевої ділянки в Україні в динаміці за десять років, включаючи 2020 – рік пандемії COVID-19.

Матеріали і методи. Викопіювали дані Національного канцер-реєстру за 2012-2020 рр. стосовно ЗН губи, ротової порожнини і глотки [5]. Проаналізували динаміку показників захворюваності, смертності, виявлення різних стадій ЗН щелепно-лицевої ділянки, летальності до одного року з моменту встановлення діагнозу.

Результати. Серед розглянутої онкопатології найнижча захворюваність спостерігалась при ЗН губи, рівні якої впродовж 2012-2020 рр. знизилась удвічі – з 2,2 до 1,1 випадків на 100 тисяч населення. З одного боку, це можна пояснити успіхами анти тютюнової компанії на державному рівні [6], з іншого – недостатнім виявленням патології.

Значно вищою фіксувалась захворюваність на ЗН ротової порожнини (РП) та ЗН глотки, рівні якої при обох локалізаціях були практично однакові і демонстрували в динаміці за десять років аналогічні тенденції: зростання протягом 2012-2019 рр. (з 5,9 до 6,4 випадків на 100 тисяч населення при ЗН РП і з 5,3 до 6,5 випадків на 100 тисяч населення при ЗН глотки), з подальшим зниженням у 2021 р. до 5,3 і 5,9 відповідно, що очевидно пов'язане із погіршенням виявлення патології внаслідок зменшення звертань населення до лікарів з профілактичною метою під час пандемії COVID-19.

Встановлено, що чоловіки хворіли на ЗН щелепно-лицевої ділянки у декілька разів частіше, ніж жінки. Зокрема захворюваність чоловічого населення на ЗН губи була в 2,3-2,4 рази вищою, ніж жіночого, на ЗН РП – в 4-5 разів, а на ЗН глотки – в 7,6-8,2 рази.

Показники смертності від ЗН щелепно-лицевої ділянки в динаміці за десять років дещо знизилась при ЗН губи (з 0,4 до 0,2 випадків на 100 тисяч населення). При ЗН РП її рівні були стабільними протягом 2012-2019 рр. (3,6-3,8 на 100 тисяч населення),

а при ЗН глотки – дещо зросли (з 3,5 до 4,4 таких випадків відповідно). Однак у 2020 році смертність від ЗН глотки знизилась до 3,2 випадків на 100 тисяч населення, а при ЗН глотки – до 3,7 випадків. Це могло бути наслідком того, що ЗН є фактором ризику летальності від COVID-19 і в лікарських свідоцтвах про смерть основною причиною вказувалась коронавірусна хвороба, а не ЗН.

Виявлено, що за 2012-2021 рр. поступово зростала частка випадків ЗН щелепно-лицевої ділянки, виявлених на III-IV стадіях, а саме: при ЗН губи – з 9,3% до 16,1%, і особливо інтенсивно при ЗН РП – з 53,7% до 69,0%, та ЗН глотки – з 78,3% до 87,6%. Все це явно вказує на недоліки організації вчасної діагностики цих локалізацій раку. Особливо, на наш погляд, показовою є ситуація із ЗН РП, для виявлення яких достатньо банального огляду ротової порожнини.

Додатковим аргументом до сказаного може бути те, що за розглянутий період часу суттєво знизилась частка ЗН щелепно-лицевої ділянки, виявлених при профілактичних оглядах (з 60,03% до 44,0% при ЗН губи, з 27,4 % до 17,3% при ЗН РП і з 13,6% до 7,0% при ЗН глотки). Водночас в дослідженні за допомогою кореляційно-регресійного аналізу доведено, що між питомою вагою виявлених випадків ЗН щелепно-лицевої ділянки при профілактичних оглядах і часткою їх запізнілої діагностики (на III-IV стадіях) існує сильний зворотній взаємозв'язок ($r_{xy} = - 0,74$).

На тлі сказаного логічними виглядають рівні та тренди показника летальності до одного року з числа виявлених випадків ЗН у попередньому році. Найсприятливіша ситуація при найбільш візуальній формі – ЗН губи, де цей коефіцієнт незначно коливався впродовж 2012-2020 рр. у межах 5,3-9,4%. Зовсім інша картина – при інших локалізаціях. Встановлено, що станом на 2020 рік 40% пацієнтів із ЗН РП (38,8%) та глотки (40,1%) гинули протягом року з моменту виявлення захворювання. Рівні цього показника в динаміці за десять років при ЗН РП були майже незмінними (40,5% у 2012 р.), а при ЗН глотки – незначно знизилась (з 46,1% відповідно).

Висновок. Динаміка розглянутих показників вказує на подальший несприятливий прогноз запізнілого виявлення ЗН

щелепно-лицевої ділянки в умовах зниженої доступності медичної допомоги під час пандемії та військової агресії російської федерації, а відповідно – на потребу прийняття належних управлінських рішень щодо удосконалення профілактики ЗН на державному та регіональному рівнях.

Література

1. World Health Organization. Assessing national capacity for the prevention and control of noncommunicable diseases: report of the 2019 global survey. Geneva: World Health Organization; 2020, 116 p. Available from: <file:///C:/Users/user/Downloads/9789240002319-eng.pdf>.
2. Bray F, Laversanne M, Weiderpass E, Soerjomataram I. The ever-increasing importance of cancer as a leading cause of premature death worldwide. *Cancer*. 2021 Aug; 127 (16): 2864-2866. DOI: <https://doi.org/10.1002/cncr.33587>.
3. Cancer Incidence, Mortality, Years of Life Lost, Years Lived With Disability and Disability-Adjusted Life Years for 29 Cancer Groups From 2010 to 2019. A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Global Burden of Disease 2019 Cancer Collaboration. JAMA Oncology*. 2022; 8(3): 420-444. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamaoncol.2021.6987>.
4. Nilsen ML, Lyu L, Belsky MA, Mady LJ, Zandberg DP, Clump DA, et al. Impact of Neck Disability on Health-Related Quality of Life among Head and Neck Cancer Survivors. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2020 Jan; 162(1): 64-72. DOI: <https://doi.org/10.1177/0194599819883295>.
5. Федоренко ЗП, редактор. Рак в Україні. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби. Бюлетень Національного канцер-реєстру України. Київ; 2011-2020. Доступно на: <http://www.ncru.inf.ua/publications/>.
6. World Health Organization. WHO report on the tobacco epidemic 2021: addressing new and emerging products. World Health Organization; 2021, 212 p. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032095>.

ОСОБЛИВОСТІ СІМЕЙНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ В УМОВАХ РЕОРГАНІЗАЦІЇ ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНОЇ СЛУЖБИ (В УМОВАХ ЗБІЛЬШЕННЯ МІГРАЦІЙНИХ ПРОЦЕСІВ)

Ігор ДУЖИЙ

*д.мед.н., професор, завідувач кафедри хірургії,
травматології, ортопедії та фтизіатрії НН МІ*

Леонід БОНДАРЕНКО

*аспірант кафедри хірургії, травматології,
ортопедії та фтизіатрії НН МІ*

Анастасія КАРПЕНКО

студентка 5 курсу, група МЦ.м-805 НН МІ

Сумський державний університет

Туберкульоз залишається одним із поширених інфекційних захворювань. Стабілізувати захворюваність і хворобливість якого не вдається у світовому масштабі і в Україні зокрема. Протягом 2020 року у світі зафіксовано 10 млн. хворих на різні форми туберкульозу, 1,5 млн. з них померло. При цьому відомо, що від туберкульозу щорічно помирає більше хворих, ніж від усіх інших інфекційних захворювань разом узятих. Такому стану речей сприяє висока міграційна налаштованість населення. Україна в цьому відношенні знаходиться у невигідному положенні, оскільки розташовується в центральній зоні Європи, займаючи одну з найбільших територіальних площ на континенті.

Одночасно із цим погіршення епідемічної ситуації у світі пояснюється пандемією COVID-19, яка прокотилася по всім континентах, суттєво змінюючи реактивність людей і зменшуючи їхню опірність до всіх збудників, у тому числі й до мікобактерій туберкульозу.

Безкінечні війни, особливо на азіатському континенті, побудником яких у більшості випадків залишається російський реваншизм, не дають змогу проводити активні протиінфекційні і протиепідемічні заходи, не кажучи вже за надійну статистичну обробку

матеріалу. Більше того, заплановані антилюдські заходи по створенню голоду в африканських країнах при дуже високій щільності населення є надзвичайним ризиком до всіх хвороб і особливо інфекційних та насамперед до туберкульозу. Виконати поставлені ВООЗ завдання щодо зменшення захворюваності і хворобливості на туберкульоз, а тим паче його ліквідації не виконано.

Актуальність проблеми. Підтвердженням наведеного є щоденне помирання у світі до 700 дітей [1]. Реорганізація фтизіатричної служби в Україні, за якою виявлення і проведення диференціальної діагностики покладене на загальну службу охорони здоров'я, зокрема, на сімейних лікарів, створює проблеми з діагностики і не контрольованої епідемічної ситуації [2, 3]. За який інфекційний контроль можна говорити за такого стану?! Перелічене підкреслює актуальність проблеми і нагальність її вирішення, що в умовах воєнної агресії росії у нашій країні створило «надзвичайну і глобальну» ситуацію.

Мета роботи. Вивчити особливості сімейного туберкульозу в умовах реорганізації надання медичної допомоги.

Завдання. Вивчити динаміку захворюваності на сімейний туберкульоз за 20 років, уточнивши терміни діагностики захворювання та локалізацію туберкульозного процесу.

Матеріали і методи. Під нашим спостереженням перебувало 199 хворих на сімейний туберкульоз у групі порівняння і 207 хворих – у основній групі. При цьому застосовувалися загальноклінічні методи обстеження, променеві, бактеріологічні та молекулярно-генетичні [4].

Виклад основного матеріалу. У процесі дослідження встановлено, що джерелом сімейного туберкульозу було 199 осіб, а контактних хворих сімейного типу виявилось 207, тобто більше на 8 осіб, що підтверджує хибність амбулаторного лікування і перебування на «сімейному» – амбулаторному режимі хворих на різні форми туберкульозу. Поміж джерел туберкульозної інфекції осіб на легеневий туберкульоз було 195 (98 %), а хворих на позалегеневий туберкульоз 4 (2,0 %). Поміж контактних хворих на

сімейний туберкульоз виявилось 207. Хворих на легеневі форми туберкульозу було 181 (87,4 %), а хворих на позалегеневі форми туберкульозу – 26 (12,6 %), що було більше, ніж поміж джерел туберкульозу на 10,6 % ($p < 0,05$).

При звертанні у медичні заклади у перші 5 днів поміж хворих групи порівняння (джерело туберкульозу) діагноз не був встановлений жодного разу. У основній групі у цей термін при активному зверненні діагноз встановлено у 80 (38,6 %) осіб, а при пасивному – у 24 (11,6 %) хворих. До 10 днів у групі порівняння діагноз встановлено у 6,0 % хворих при активному зверненні і у 3,5 % – при пасивному. Усі інші хворі діагностувалися значно пізніше: від 15 до 40 днів. Поміж хворих основної групи (контактери) у 10-денний термін діагноз встановлено у 32,4 % при активному зверненні і у 4,8 % – при пасивному зверненні.

Підсумовуючи отримані результати бачимо негативний вплив на фтизіатричний розділ охорони здоров'я в умовах реформування системи.

Динаміка захворюваності на сімейний туберкульоз

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Джерело	2	2	1	3	4	14	13	22	11	22	13	5	3	5	14	17	19	11	11	7
Всього	94										105									
Контактер	2	2	1	4	4	14	13	23	11	22	13	6	3	5	16	18	20	11	11	8
Всього	96										111									

Висновки: 1) Спостерігається збільшення хворих на сімейні форми туберкульозу з 2012 по 2021 рр., порівняно з 2002 по 2011 роки. 2) Терміни діагностики контактного туберкульозу у порівнянні з джерелом туберкульозу скорочуються у 6 разів і більше. 3) Поміж джерел туберкульозу превалювали легеневі форми, а поміж контактних – позалегеневі форми.

Перспективи подальших досліджень. Вивчити мікобактерійний стан хворих на сімейний туберкульоз та ефективність його лікування.

Література

1. World Health Organization (WHO). Global tuberculosis report 2019. Geneva: WHO; 2020. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336069/9789240013131-eng.pdf>.
2. Наказ МОЗ України від 06.10.2021 № 2161 «Про внесення змін до стандартів охорони здоров'я при туберкульозі».
3. Фещенко ЮІ, Мельник ВМ, Опанасенко МС. Неefективне лікування хворих на туберкульоз легень і його попередження. К. : Видавництво Ліра-К, 2019. 246 с.
4. Duzhyi ID, Oleshchenko HP, Bondarenko LA, Kobyletkyi SM. Familial tuberculosis and its prevention in terms of health care restructuring. Acta Balneologica TOM LXIV, Nr 2(168); 2022: 166–170. DOI: 10.36740/ABAL202202112

ОСОБЛИВОСТІ АНТЕНАТАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ ВАГІТНИМ В УМОВАХ ВІЙНИ

Надія ЖИЛКА
Національний університет охорони здоров'я
імені П.Л.Шупика,
Геннадій СЛАБКИЙ
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»,
Олена Щербінська
Національний університет охорони здоров'я
імені П.Л.Шупика

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) розглядає побудову світу, в якому кожна вагітна і кожен новонароджений отримують якісну допомогу протягом вагітності, пологів та

післяпологового періоду. В рамках безперервного надання допомоги з охорони репродуктивного здоров'я антенатальна (допологова) допомога (АД) є платформою для проведення важливих заходів у сфері охорони здоров'я, включаючи пропаганду здорового способу життя, скринінг, діагностику та профілактику хвороб. Доведено, що своєчасне проведення доказово обґрунтованих заходів в рамках АД може рятувати життя. Надзвичайно є важливим те, що в цей вирішальний момент у житті жінки АД дає можливість надавати інформацію та підтримку жінкам, сім'ям і громадам. ВООЗ також наголошує на важливості ефективного і чемного спілкування з вагітними щодо фізіологічних, біомедичних, поведінкових і соціокультурних питань, а також ефективного та шанобливого надання їм соціальної, культурної емоційної та психологічної підтримки. Ці функції АД з надання інформації та підтримки є запорукою не тільки порятунку життів, але й підвищення добробуту, звернення за медичною допомогою та її якості. Позитивний досвід, отриманий жінкою на етапах АД і пологів, може закласти фундамент для здорового материнства [1].

Означені твердження базуються на складових Глобальної стратегії охорони здоров'я жінок і дітей ВООЗ 2010 р. [2], яка створювалася з впевненістю, що світова спільнота може і повинна робити більше для порятунку життів і підвищення добробуту жінок і дітей. Проведена робота у світі під девізом: «Кожна жінка, кожна дитина» шляхом активної інформаційно-роз'яснювальної роботи допомогли істотно просунутися в досягненні Цілей тисячоліття в галузі розвитку, що стосуються охорони здоров'я. Оновлена Глобальна стратегія охорони здоров'я жінок, дітей і підлітків і досягнення державами-членами консенсусу щодо амбітного порядку денного сталого розвитку до 2030 р дають можливість розвинути досягнутий успіх [3]. Оновлена Глобальна стратегія переслідує три основні цілі: виживати, процвітати, змінювати. Повномасштабна реалізація Стратегії, підкріплена орієнтацією на пріоритети і плани, а також подальший розвиток ініціативи «Кожна

жінка, кожна дитина», дозволить створити світ, в якому жінки, діти і підлітки не будуть стикатися з підвищеним ризиком запобіжної смертності. Однак викорінення запобіжної смертності - це тільки початок. Формуючи сприятливе середовище для охорони здоров'я, Глобальна стратегія спрямована на зміну суспільства таким чином, щоб жінки, діти і підлітки по всьому світу могли реалізувати своє право на володіння найвищим досяжним рівнем здоров'я і благополуччя. Це в свою чергу принесе значні соціальні, демографічні та економічні вигоди. Глобальна стратегія, яка охоплює 15 років Цілей в галузі сталого розвитку задає напрямок для прискореної роботи в галузі охорони здоров'я жінок, дітей і підлітків. Результатом її здійснення повинен стати тектонічний зсув в охороні здоров'я і сталий розвиток для жінок, дітей і підлітків до 2030 року [3].

Аntenатальний догляд включає наступні рекомендації ВООЗ:

- ранній і належний допологовий догляд (4 відвідування), в тому числі виявлення гендерного насильства та боротьба з ним;
- точне визначення гестаційного терміну;
- скринінг материнської захворюваності;
- скринінг гіпертензивних розладів;
- призначення харчових добавок заліза і фолієвої кислоти;
- вакцинація проти правця;
- консультування з питань планування сім'ї, пологів і підготовка до екстрених ситуацій;
- Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини, в тому числі застосування антиретровірусних препаратів;
- профілактика і лікування малярії, в тому числі застосування захисних сіток, оброблених інсектицидом, і періодичне профілактичне застосування антималярійних препаратів при вагітності;
- відмова від куріння;

- скринінг, профілактика і лікування інфекцій, що передаються статевим шляхом (сифілісу і гепатиту В);
- виявлення та боротьба з насильством з боку статевого партнера;
- консультування з питань харчування з метою нормалізації збільшення у вазі і забезпечення повноцінного раціону;
- виявлення факторів ризику генетично обумовлених захворювань і корекція цих факторів;
- лікування хронічних захворювань (наприклад, гіпертензії, що розвинувся до вагітності цукрового діабету);
- профілактика, скринінг і лікування діабету вагітних, еклампсії і прееклампсії (в тому числі своєчасне розродження);
- терапія акушерських ускладнень (передчасне відійшли навколоплідних вод, макросомія і т.ін.);
- допологове призначення кортикостероїдів жінкам групи ризику по передчасним пологам (на 24-34-му тижні гестації) за наявності відповідних умов;
- своєчасна корекція неправильного передлежання плода [3].

В Україні антенатальна допомога у разі перебігу вагітності без ускладнень забезпечується стандартами медичної допомоги «Нормальна вагітність». Стандарти медичної допомоги (СМД) «Нормальна вагітність» розроблені з урахуванням сучасних вимог доказової медицини, розглядають питання діагностики вагітності; спостереження за вагітною і станом плода; своєчасну профілактику і діагностику ускладнень вагітності; підготовку вагітної до пологів та народження здорового новонародженого для попередження материнської і перинатальної захворюваності та смертності.

Ведення нормальної вагітності здійснюється лікарем в амбулаторних умовах у закладі охорони здоров'я, обраним пацієнткою незалежно від місця реєстрації чи фактичного проживання, що забезпечує абсолютну доступність до послуг антенатальної допомоги для вагітних в умовах воєнного стану,

навіть у разі, внутрішнього переміщення у зв'язку з військовими подіями.

Спеціалістам важливо розуміти ризики для здоров'я вагітної, пов'язані з її проживання в залежності від зони, на якій не проводяться бойові дії, зони, що межує з активними бойовими діями, зони активних бойових дій, зони тимчасової окупації.

Загальні принципи ведення пацієнтки з нормальною вагітністю передбачають мультидисциплінарний підхід за участю лікарів акушерів-гінекологів, лікарів загальної практики – сімейних лікарів, лікарів з ультразвукової діагностики та інших фахівців за показаннями. АД включає заходи з допологової освіти, консультування, фізикальних, лабораторних, інструментальних досліджень та інших заходів відповідно до графіка візитів, узгодженого з пацієнткою. [4]. Головним завданням є забезпечення доступності до надання медичної допомоги вагітній у зони, що межує з активними бойовими діями або активних бойових дій, або тимчасової окупації.

На території всієї України АД надається в рамках пакету послуг “Ведення вагітності в амбулаторних умовах”, визначеного Національною службою здоров'я України (НСЗУ), основні з них це:

- динамічне спостереження вагітності, включаючи контроль за станом здоров'я вагітної;
- повне обстеження та консультації;
- організацію та проведення диспансерного нагляду (взяття на облік, розробка індивідуального плану ведення вагітності відповідно групи ризику);
- лабораторні та інструментальні дослідження згідно з галузевими стандартами;
- профілактику ускладнень вагітності та післяпологового періоду тощо.

Необхідно спеціалісту знати, що АД буде для вагітної безоплатною, якщо заклад охорони здоров'я уклав договір з НСЗУ за пакетом “Амбулаторна медична допомога”, до якого входять, зокрема, УЗД для вагітної, загально-клінічні та біохімічні

лабораторні обстеження, спостереження чи лікування в амбулаторних умовах та в умовах денного стаціонару.

Якщо жінка потребує госпіталізації для збереження вагітності, то вона отримує таку допомогу також безоплатно — у межах пакету стаціонарної медичної допомоги. Для планової госпіталізації потрібне електронне направлення від лікаря, який спостерігає за перебігом вагітності. Невідкладна медична допомога надається без направлення.

Окрім визначених стандартів АД, під час війни приділяється надважлива увага психологічному стану вагітної. Як зазначає МОЗ України, що під час воєнних дій війна оселяється всередині кожного з нас. Настрій людей у цей непростий час дуже важливий; під час війни настрої населення постійно змінюється – від оптимізму та натхнення до страху та паніки (рис. 1). Коли стається щось жахливе, люди діють по програмі виживання. Вони діють швидко та планують своє життя лише на кілька годин. Після того, як шок проходить та повертаються базові емоції, людина може піти у страх та відчай, або ж відчуті сильну ейфорію. Втім, ейфорія не може тривати довго, адже ресурси психіки обмежені, тому настрої поступово починає погіршуватися. Якщо знати про коливання настрою та циклічність цих коливань, простіше буде пережити емоційні ями, під час яких особливо гостро відчувається страх та відчай.

Психологічна допомога надається в залежності від клінічного сценарію: ступору, панічної атаки, нервового тремтіння, страху, плачу, істерики, агресії [5].



Рис. 1. Цикл змін настрою під час війни

Загальні елементи першої психологічної допомоги:

1. Залишайтеся поруч із людиною, яка потребує допомоги. Люди в кризовій ситуації тимчасово втрачають почуття захищеності та довіри. Коли ви поряд, ви можете допомогти відновити почуття впевненості та безпеки.

2. Активне слухання. Важливо уважно вислухати людину, щоб допомогти їй пережити травмуючу подію.

3. Поважайте почуття інших. Віднесіться без упередження до того, що вам кажуть.

4. Проявіть турботу та надайте практичну допомогу. Якщо хтось перебуває в кризовій ситуації, в першу чергу корисною буде практична допомога: зв'язатися з кимось, хто може побути з постраждалими і т.д.

Окремо необхідно акцентувати на організації АД, якщо вагітна перебуває в зоні бойових дій в рамках наступних заходів:

- НСЗУ – загальноприйняті принципи, якщо це можливо;
- маршрут пацієнта – евакуюватись у більш безпечне місце;
- перший візит вагітної – обмінна карта видається вагітній з моменту встановлення на облік, яка має бути весь час із собою. Детальна інформація щодо територіальної доступності до закладу охорони здоров'я. Детальний анамнез розвитку поточної вагітності - до періоду першого звернення;

- графік візитів – загальноприйнята схема або за доцільної можливості зкомпанувати методи обстеження за наближеними термінами вагітності;

- особливості консультування – з'ясувати умови проживання під час війни. Надання детальної інформації щодо здорового способу життя, особливостей харчування. Зібрати особисті контактні дані для можливості контакту 24/7, організація обміну інформацією електронним способом (адресу електронної пошти). Консультація профільного спеціаліста методом телемедицини;

- госпіталізація – за територіальною доцільністю та у відповідності перинатального ризику.

Отже, застосовуючи сучасні технології антенатального догляду з урахуванням ризиків негативного впливу на розвиток плода зоні перебування вагітної, необхідно забезпечити вагітну доступною, ефективною та вчасною антенатальною допомогою, що сприятиме профілактиці ускладнень у породіллі та новонародженого.

Література

1. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. 2016. Доступно на: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28079998/>

2. Глобальна стратегія охорони здоров'я жінок і дітей ВООЗ 2010 р. Доступно на: https://www.everywomaneverychild.org/wp-content/uploads/2017/10/EWEC_GSUpdate_Full_RU_2017_web.pdf

3. Глобальная стратегия охраны здоровья женщин, детей и подростков (2016–2030 гг.). Выживать. Процветать. Менять». ВОЗ. 2015. Доступно на: https://www.everywomaneverychild.org/wp-content/uploads/2017/10/EWEC_GSUpdate_Full_RU_2017_web.pdf

4. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 9 серпня 2022 року №1437 «Про затвердження стандартів медичної допомоги «Нормальна вагітність». Доступно на: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2022/08/2022_1437_kn-normalna-vagitnist.pdf

5. Як надавати першу психологічну допомогу? Доступно на: <http://www.dolc.dp.ua/wpress/?p=8028>

РОЗВИТОК ТА АНОМАЛІЇ ЗУБІВ

Вікторія КАСЯНЧУК,

Олена СКРЯБІНА,

Ольга ШАПОВАЛОВА

ДЗ «Луганський державний медичний університет»,

м. Рівне, Україна

Анотація: В тезах надані статистичні матеріали зроблені на основі літературних джерел, методів цифрової діагностики та методу спостереження, а також результати обговорення по частоті поширеності аномалій зубів і щелеп в дитячому та підлітковому віці.

Ключові слова: аномалії зубів і щелеп, зубощелепна система, прикус, діастеми, тремі, патологічна стертість зубів.

Вступ. Аномалії зубів і щелеп є дуже поширеною патологією зубощелепної системи. За даними вітчизняних вчених, вони з'являються в середньому у 33-37% обстежених, а іноді ця цифра досягає 50-55% і більше. Це серйозні захворювання, які потребують тривалого та ретельного лікування. Існують різні аномалії зубощелепної системи. Це пояснюється, по-перше, різними причинами, що їх викликають, по-друге, особливостями механізмів їх розвитку, по-третє, індивідуальними особливостями організму.

Існують різні аномалії зубощелепної системи. Це пояснюється, по-перше, різними причинами, що їх викликають, по-друге, особливостями механізмів їх розвитку, по-третє, індивідуальними особливостями організму.

Мета роботи: провести аналіз щодо частоти виникнення аномалій розвитку зубів у дітей різної вікової категорії.

Завдання роботи: дослідити різновиди вад розвитку зубощелепної системи та їх корекція.

Матеріали та методи дослідження: статистичний метод на основі літературних джерел, методи цифрової діагностики

(ортопантомограма, комп'ютерна томографія), метод спостереження.

Результати та обговорення: Згідно спостереження та статистичних даних літературних джерел найчастіше прояв зубощелепних аномалій спостерігається у період змінного прикусу у віці 10-14 років. Однак, ці аномалії є добре вираженими у віці 14-17 років, коли повністю сформований постійний прикус.

Найчастіше у людей різних вікових категорій спостерігаються аномалії положення окремих зубів, що приблизно становить 47% та аномалії зубних рядів, що проявляються у неправильному співвідношенні зубних дуг і частота прояву цієї аномалії становить близько 37%.

Аномалії положення окремих зубів включають: вестибулярне та оральне положення; поворот зубів навколо своєї осі; діастеми; тремі; транспозицію, скупчення та гетеротропію зубів. Серед цих аномалій у 80% людей спостерігається скупченість зубів та у 20% людей зустрічається діастема- щілина між центральними різцями, що найчастіше проявляється на верхній щелепі. Однією з основних причин виникнення даної вади є низько прикріплена вуздечка верхньої губи.

Згідно спостережень та методів цифрової діагностики найпоширенішою аномалією зубного ряду є звуження зубної дуги, що проявляється ще у підлітковому віці (12-16 років). Якщо дана аномалія не усунена в дитячому віці, то вона матиме чіткий прояв і у більш дорослому віці. Звуження може бути одностороннім або двостороннім, симетричним або асиметричним, на одній або обох щелепах, без порушення змикання зубних рядів або з порушенням.

Отже, встановлено, що здебільшого зубощелепні аномалії спостерігаються у дітей шкільного віку з частотою 79%. Однак є аномалії, які проявляються у більш старшому віці- патологічна стертість зубів, що належить до аномалій структури твердих тканин зуба. У дітей та підлітків ця аномалія спостерігається зрідка. Найбільше число патологічної стертості зубів припадає на зрілий вік (40-45 років), що складає 35% випадків. Більш схильними є

чоловіки- 60% пацієнтів. Підвищене стирання зубів у 80% випадків пов'язане з генетичною схильністю і перенавантаженнями лицевих м'язів.

Висновок. Отже, зубощелепні аномалії зустрічаються у 50% дітей, 30% підлітків і 20% у дорослих. У дітей в період віком від 10 до 14 років це пояснюється тим, що діти у цьому віковому періоді перебувають у фазі активного росту кісток черепа, а саме лицевого відділу. Під час формування постійного прикусу у дітей та підлітків потрібно спостерігати за своєчасним відновленням зруйнованих та пошкоджених постійних і молочних зубів.

Для профілактики зубощелепних аномалій важливим є диспансерне спостереження за дітьми в організованих дитячих колективах, що забезпечують санітарно-освітню роботу, планові огляди дітей, раннє виявлення та лікування зубощелепних аномалій.

Література

1. <https://www.zuby.in.ua/?p=7170>
2. https://tdmuv.com/kafedra/internal/stomat_ter_dit/classes_students/uk/stomat/ntn/ортодонтия/4/01.%20Аномалії%20окремих%20зубів.htm
3. <https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/bitstream/lib/38693/1/Укр.%20стомат.альманах.%202021%20№%204.%20-%20С.53-59..pdf>

ПЕРЕВАГИ ДИСТАНЦІЙНОЇ ФОРМИ НАВЧАННЯ КУРСАНТІВ ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ "ДИТЯЧА СТОМАТОЛОГІЯ"

*Оксана КЛІТИНСЬКА,
Наталія ЛАЙОШ,
Тетяна ЗОРІВЧАК,
Степан ШЕВЕРЯ,
Володимир ШЕТЕЛЯ,
Василь БОБЕЛЬСЬКИЙ,
ДВНЗ «Ужгородський національний університет*

Актуальність проблеми. Проблема високої поширеності та інтенсивності основних стоматологічних захворювань серед дитячого населення України потребує ефективного вирішення, шляхом забезпечення висококваліфікованими спеціалістами, котрі добре володіють необхідними знаннями та навичками задля покращення стану стоматологічного здоров'я дітей, що є складовою здорової нації в майбутньому. [1, 2].

Епідеміологічні дослідження, проведені ОВ. Клітинською та співавт. встановили, що поширеність карієсу тимчасових зубів у 5-6-ти річних дітей Закарпатської області становить 98,3% при інтенсивності – 14,9, а постійних зубів у 12-ти річних дітей –91,4% при інтенсивності – 11,3. Дані показники є критичними та потребують негайного вирішення. [3, 8, 9].

Наукові роботи вітчизняних дослідників розробили велику кількість новітніх дієвих методів покращення рівня стоматологічного здоров'я дитячого населення, проте запроваджувати дані методи повинні спеціалісти практичної охорони здоров'я, тобто дитячі стоматологи. [5-7, 10].

Підготовкою вузькопрофільних спеціалістів дитячих стоматологів займаються заклади освіти III – IV рівнів акредитації, в яких є відповідне кадрове та матеріальне забезпечення в об'ємі ліцензійних вимог та мають відповідну акредитацію. [1].

Мета та завдання – обґрунтувати застосування нових методів підготовки спеціалістів за спеціальністю «Дитяча стоматологія» в надзвичайних ситуаціях глобального характеру та оцінити переваги.

Виклад основного матеріалу. Згідно Наказу МОЗ України №2136 від 25.11.2022 «Про затвердження Переліку циклів спеціалізації та тематичного удосконалення за лікарськими та фармацевтичними (провізорськими) спеціальностями» навчатися на циклі спеціалізації за спеціальністю «Дитяча стоматологія» можуть лікарі, які закінчили інтернатуру за спеціальністю «Стоматологія» впродовж 3 місяців, а лікарі-стоматологи дитячі, які не працювали більше трьох років за цією спеціальністю впродовж 2 місяців. [1].

Навчальна програма спеціалізації на спеціальність «Дитяча стоматологія» стоматологічного факультету ДВНЗ «Ужгородський національний університет» передбачає подачу навчального матеріалу у вигляді лекцій, які можуть проводити доктори наук, професори та кандидати наук, доценти, котрі мають лікарську категорію за спеціальністю «Дитяча стоматологія». Іншими формами навчання є семінарські та практичні заняття. [1, 2].

Робоча програма містить 12 розділів, в яких висвітлені основні питання дитячої стоматології, котрі стосуються організації роботи дитячого стоматолога, карієсології, матеріалознавству, діагностиці та лікуванню ускладненого карієсу, сучасним особливостям діагностики, клініки та лікуванню захворювань слизової оболонки порожнини рота у дітей та пародонтології, диспансеризації в дитячій стоматології та профілактиці.

Основною метою циклу спеціалізації за фахом «Дитяча стоматологія» є підготовка до роботи в лікувально-профілактичних закладах системи охорони здоров'я на посадах, які передбачені типовими номенклатурними таблицями та освітньо-кваліфікаційною характеристикою лікаря-спеціаліста.

Після закінчення циклу проводиться атестація на визначення знань та вмінь лікаря яка передбачає: контроль знань та вмінь за

комп'ютерними тестовими програмами, затвердженими Міністерством охорони здоров'я України; оцінку знань та вмінь володіння практичними навичками; співбесіду або іншу форму підсумкової оцінки рівня засвоєння навчальної програми.

Атестація проводиться в комісією, створеною в ДВНЗ «Ужгородський національний університет», МОН України.

Курсантам, які успішно складають іспит, видається сертифікат лікаря-спеціаліста за фахом «Дитяча стоматологія» встановленого зразка (наказ МОЗ України №359 від 19.12.1997 р.)

Навчання передбачало аудиторні заняття, на яких лікарі набували професійних навичок та вдосконалювали їх.

Однак, в надзвичайних ситуаціях глобального характеру, до котрих відносяться світова пандемія COVID-19 та війна з росією підготовка спеціалістів має низку особливостей. Навчання переходить у форматі он-лайн.

Для навчального матеріали з метою унаочнення усної інформації створені презентації в форматі PowerPoint Online. Нові методики та технології презентуються у вигляді навчальних відеороликів.

Окрім надання доступу до перегляду презентацій та відеороликів, існує інтерактивний зворотній зв'язок з лектором чи викладачем.

Особливу увагу приділяють розбору клінічних випадків, з обговорення доцільності проведення усіх діагностичних заходів, вибору раціональних методів лікування та профілактики.

Засобами оцінювання та методами демонстрування результатів навчання з навчальної дисципліни є: усний іспит, тестування, семінари, практичні заняття, презентації, реферати.

Форми контролю та критерії оцінювання результатів навчання. Форми поточного контролю: усне опитування та тестовий контроль. Форма підсумкового контролю: усний іспит.

Дана форма навчання є ефективною в надзвичайних ситуаціях глобального характеру. Її застосування дозволяє готувати спеціалістів за спеціальністю «Дитяча стоматологія» на належному рівні.

Висновки. Надзвичайні ситуації глобального характеру потребують пошуку нових методів підготовки спеціалістів за спеціальністю «Дитяча стоматологія», їх застосування дозволить готувати відповідних спеціалістів та підвищувати рівень стоматологічного здоров'я дитячого населення України.

Література

1. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1555-22#Text>
2. <https://www.uzhnu.edu.ua/uk/infocentre/79>
3. Клітинська ОВ. Комплексне обґрунтування ранньої діагностики, профілактики та поетапного лікування карієсу у дітей, які постійно проживають в умовах біогеохімічного дефіциту фтору та йоду [дисертація]. Ужгород: Ужг. нац. унт.; 2015. 344
4. Клітинська ОВ, Бородач ВО, Шетеля ВВ, Цуканов ДВ, Васько АА. Визначення рівня мікробного ценозу ротової рідини у дітей різних етнічних груп, які постійно проживають в умовах біогеохімічного дефіциту фтору та йоду. Україна. Здоров'я нації. 2017; 4/1 (46):119-25. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uzn_2017_4%281%29_20.
5. Клітинська ОВ, Шетеля ВВ. Карієс резистентність як детектор стану твердих тканин зубів. Проблеми клінічної педіатрії. 2020;4 (50):119-22. URL: <https://maliatko.in.ua/wp-content/uploads/2022/01/pediatrics-4-50-2020.pdf> DOI: 10.24144/1998-6475.2020.50
6. Клітинська ОВ, Зорівчак ТІ, Шетеля ВВ. Карієсрезистентність – критерій стоматологічного статусу дітей та підлітків. Український журнал медицини, біології та спорту. 2021; 2 (6, 30): 13-9. URL: <https://jmbs.com.ua/pdf/6/2/jmbs0-2021-6-2.pdf> DOI: 10.26693/jmbs06.02
7. Клітинська ОВ, Стішковський АВ, Зорівчак ТІ, Шетеля ВВ, Дячук ЙВ. Аналіз ефективності профілактики карієсу у дітей 6–7 років, які постійно проживають в умовах біогеохімічного дефіциту фтору та йоду. Український журнал медицини, біології та

спорту. 2022; 7 (1, 35): 213-9. URL: <https://jmbs.com.ua/archive/7/1>
DOI: 10.26693/jmbs07.01

8. Шетеля ВВ. Ретроспективний аналіз поширеності та інтенсивності карієсу тимчасових зубів у дітей гірських районів Закарпаття. Український журнал медицини, біології та спорту. 2022;7 (4, 38):106-11. URL: <https://jmbs.com.ua/archive/7/4>
DOI: 10.26693/jmbs07.04

9. Шетеля ВВ. Морфологічні особливості тимчасових зубів у дітей, які проживають у гірських районах Закарпатської області. Вісник стоматології. 2022;120 (3):130-35. URL: <http://www.visnyk.od.ua/index.php/mainjournal/issue/view/47>
DOI: <https://doi.org/10.35220/2078-8916-2022-45-3>

10. Шетеля ВВ. Особливості профілактики карієсу тимчасових зубів у дітей гірських районів Закарпатської області. Український стоматологічний альманах. 2022;3:57-63. URL:<https://dental-almanac.org/index.php/journal/article/view/564>
DOI: <https://doi.org/10.31718/2409-0255.3.2022.12>

ДОСЛІДЖЕННЯ РІВНЯ СПОЖИВАННЯ МОЛОДЦЮ ХАРЧОВОЇ СОЛІ ЯК ЧИННИКА НЕГАТИВНОГО ВПЛИВУ НА ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ (НА ПРИКЛАДІ СТУДЕНТІВ МОЛОДШИХ КУРСІВ ВНЗ)

Ігор КОРОБКО

ДЗ «Луганський державний медичний університет»

м. Рівне, Україна

Споживання харчової солі відіграє вирішальну роль у формуванні наших харчових звичок і має значний вплив на наше загальне здоров'я. Надмірне споживання солі було визначено як основний фактор ризику для кількох захворювань, включаючи гіпертонію, серцево-судинні захворювання та проблеми з нирками. Незважаючи на те, що шкідливі наслідки споживання великої кількості солі були ретельно вивчені в різних вікових групах, існує

потреба зосередитися на конкретних демографічних сегментах, щоб краще зрозуміти масштаби проблеми.

Метою даної статті є висвітлення рівня споживання харчової солі серед молоді, зокрема студентів молодших курсів вищих навчальних закладів, та її можливий негативний вплив на здоров'я людини.

Вивчення рівня інформованості студентів про вплив харчової солі на здоров'я людини, нормативу вживання харчової солі в залежності від статі та рівнів щоденного вживання харчової солі було проведено за спеціально розробленою анкетною опитуванням 35 студентів молодших курсів ВНЗ. Отримані під час соціологічного дослідження дані оброблялися статистично з використанням загальноприйнятих методик.

Наведемо загальні дані про респондентів, які взяли участь у дослідженні. Серед респондентів 55,3% складають студенти першого курсу, 44,7% студенти другого курсу, 42,8% респондентів є чоловіками та 57,2% – жінками. Із загальної кількості респондентів 60,0% до вступу до ВНЗ проживали в сільській місцевості, а 40,0% у містах. Найбільша частка респондентів за соціальним положенням сім'ї (34,2%) є трудовими мігрантами та (22,8%) приватними підприємцями. За рівнем освіти батьків найбільша частка респондентів (42,8%) складають студенти, у яких батьки мають повну середню та (22,8%) вищу освіту. Респонденти мають наступний рівень фінансово-економічного забезпечення: ні в чому собі не відмовляє – 5,7%, має кошти на все необхідне – 14,3%, має кошти на харчування та забезпечення вкрай необхідним – 37,1%, має недостатньо коштів на харчування та забезпечення вкрай необхідним – 28,6%, продуктами в основному забезпечується батьками з села – 14,3%.

Також було статистично опрацьовано та проаналізовано результати соціологічного дослідження серед студентів стосовно знання ними нормативу вживання харчової солі дорослою людиною. Із загальної чисельності студентів респондентів 14

(40,0%) відповіли, що знають щоденний норматив вживання харчової солі дорослою людиною.

Аналіз отриманих результатів анкетування засвідчив, що вірно визначали нормативну потребу організму дорослої людини в харчовій солі 11 (31,4%) опитаних студентів. При цьому 26 (68,6%) опитаних студентів вірно вказали, що в даних норматив враховуються харчова сіль, що вживає людина з усіма продуктами, а 11 (31,4%) респондентів вважає, що норматив вживання харчової солі розраховується із її вживання в чистому виді.

Думка студентів-респондентів щодо оцінки ними щоденно вжитої харчової солі: за самооцінкою студенти вживають харчову сіль в нормативній кількості у 31,4% випадків. При цьому значна частка студентів (31,4%) вживає кількість харчової солі, яка в рази перевищує норматив. 11,4% опитаних студентів вважає, що щоденно вживає харчової солі до 4 гр.

Наступним кроком дослідження було вивчення характеристики харчових продуктів, на рівень наявності солі, яка їм подобається.

Отримані результати опитування вказують на те, що 54,3% опитаних студентів віддають перевагу продуктам звичайного рівня посолу. При цьому 14,3% респондентів віддає перевагу недосоленим продуктам 17,1% пересоленим продуктам, 14,3% – сильно пересоленим продуктам.

Також було статистично опрацьовано результати соціологічного дослідження серед студентів щодо їх оцінки наявності вмісту великої кількості харчової солі в певних продуктах. Результати вказують на низький рівень інформованості студентів щодо вмісту харчової солі в окремих продуктах. Так, наприклад, студентами віднесено до продукту в з низьким рівнем вмісту цукру такі продукти як яйця, хліб, яблука, ріпа, рибні палички, які є продуктами з високим вмістом натрію. І навпаки до продуктів з великим вмістом харчової солі віднесені продукти які його містять в незначній кількості. Таблиці із вмістом харчової солі в певних продуктах нами подано в додатку Б-1. Дана ситуація

вимагає проведення серед студентської молоді широкої роз'яснювальної роботи.

Щодо оцінки студентами впливу вживання різної кількості харчової солі на стан здоров'я людини, отримані результати вказують на низький рівень їх знань щодо впливу вживання різної кількості харчової солі на стан здоров'я людини. Так, 25,7% респондентів невірно вказали на те, що вживання харчової солі менше нормативу призводить до захворювань. А 25,7% опитаних невірно вказали, що вживання харчової солі в кількості більше за норматив не шкідливо для здоров'я.

Результати дослідження щодо обліку студентами щоденного вживання ними харчової солі резюмують, що всі студенти, які прийняли участь в дослідженні не ведуть облік кількості вжитої харчової солі та не знають скільки харчової солі вживають щоденно. При цьому тільки 25,7% із опитаних при наявності у них методики будуть вести щоденний облік вжитої харчової солі, а 51,4% при встановлені вживання харчової солі значно більше нормативних показників будуть мати бажання знизити кількість її вживання.

Вивчення способу харчування студентів виявляє нераціональність харчування студентів як за режимом так і за раціоном.

Із перелічених у анкеті продуктів студенти найчастіше вживають чіпси: 37,1% три рази на тиждень, а 34,3% – чотири рази на тиждень; яйця 31,4% студентів вживають чотири рази на тиждень, а 25,7% – три рази на тиждень; сосиски 20,0% студентів вживає чотири рази на тиждень, а 14,3% – три рази на тиждень.

Щодо вживання студентами різних видів продуктів вказують на нераціональне їх харчування виявлено що 42,8% студентів вживає 5 разів на тиждень вживають хот-доги, а 28,6% із них вживають їх 4 рази на тиждень. 34,4%% опитаних студентів вживає гамбургери 5 разів на тиждень. Турбує висока частка студентів (34,3%) які 4 рази на тиждень вживають підсолені горішки.

Виходячи з результатів цього дослідження, очевидно, що рівень споживання харчової солі серед студентів молодших курсів вищих навчальних закладів викликає занепокоєння через її потенційний негативний вплив на здоров'я людини. Щоб зменшити ризики, пов'язані з надмірним споживанням солі, вкрай важливо надати практичні рекомендації та поради студентам молодших курсів, які допоможуть зробити більш здоровий вибір щодо споживання солі: 1) пам'ятайте про оброблені та упаковані продукти: оброблені та упаковані продукти часто містять велику кількість солі. Щоб зменшити споживання солі, бажано обмежити споживання цих продуктів і віддавати перевагу свіжим цільним продуктам. Читання етикеток харчових продуктів і вибір альтернатив з низьким вмістом натрію також може бути корисним; 2) готуйте їжу вдома: готуючи їжу вдома, учні краще контролюють кількість солі, яку використовують у своїх стравах. Експериментування з травами, спеціями та іншими інгредієнтами, що підсилюють смак, може допомогти зменшити залежність від солі для смаку; 3) поступово зменшуйте споживання солі: поступове зменшення споживання солі дозволяє смаковим рецепторам з часом пристосуватися до зниження рівня натрію. Почніть із скорочення споживання солі на власний розсуд, наприклад додавання її за столом, і поступово зменшуйте її кількість для приготування їжі; 4) збільште споживання свіжих фруктів і овочів: у свіжих фруктах і овочах природно мало натрію, але вони багаті основними поживними речовинами. Включення різноманітних фруктів і овочів у щоденну їжу може допомогти збалансувати загальне споживання натрію; 5) пам'ятайте про приховані джерела солі: сіль може бути присутнім у неочікуваних місцях, таких як приправи, соуси та навіть деякі напої. Зверніть увагу на вміст натрію в цих продуктах і вибирайте альтернативи з низьким вмістом натрію або без солі, коли це можливо; 6) шукайте підтримки та освіти: Освітні ініціативи та групи підтримки, зосереджені на здоровому харчуванні, можуть надати цінні поради та мотивацію. Залучення таких ресурсів може допомогти студентам

молодших класів отримати знання про вплив споживання солі на здоров'я та спонукати їх до позитивних змін у харчуванні.

На останок слід сказати, що вирішення проблеми рівня споживання харчової солі серед студентів молодших курсів вищих навчальних закладів має вирішальне значення для зміцнення їх загального здоров'я та благополуччя. Виконуючи вищезазначені рекомендації, студенти можуть вживати активні кроки до зменшення споживання солі та вибору здорового способу життя. Важливо, щоб навчальні заклади, організації охорони здоров'я та державні службовці співпрацювали у підвищенні обізнаності, забезпеченні доступу до інформації та створенні середовища, яке сприяє формуванню здорових харчових звичок у студентів. Завдяки спільним зусиллям ми можемо надати молодим людям можливість приймати обґрунтовані рішення щодо своїх харчових звичок, що призведе до кращих результатів для здоров'я та здоровішого майбутнього.

ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ ПІДГОТОВКИ СТУДЕНТІВ СПЕЦІАЛЬНОСТІ «КЛІНІЧНА ПСИХОЛОГІЯ» В НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЯХ ГЛОБАЛЬНОГО ХАРАКТЕРУ

Олена КОРОЛЬЧУК

ДВНЗ «Ужгородський національний університет

Головна мета клінічної психології – зменшити страждання, спричинені розладами психічного здоров'я та психологічного благополуччя. Тривога, депресія, психози, вживання психоактивних речовин, розлади особистості та інші психічні розлади створюють приголомшливий тягар для громадського здоров'я та економіки [1, 2] та останні роки виходять на перший план серед причин інвалідизації та смерті. Подолання цього тягара вимагатиме розробки та поширення стратегій втручання, які є більш ефективними, сталими та справедливими [3, 4] – це вимагає

сьогодні готувати ефективних спеціалістів з клінічної психології, формуючи професійну, кваліфіковану та свідому спільноту охоронців психічного здоров'я.

Загально визнано, що на психічне здоров'я людини впливають умови впровадження життєдіяльності, реалізації потенціалу і можливостей людини, загальний стан здоров'я, соціально-економічний стан тощо. Сьогодні світ став ще більш швидким, різким, крихким та непередбачуваним для людини, сучасні стресори – більш вагомими, їх впливи – більш комплексними та загрозливими, ускладнені поєднанням і непередбачуваністю наслідків. Це стає ще більш важким тягарем для здоров'я людини, найперше вражаючи саме психічну складову. Так, наприклад, одна з найнебезпечніших пандемій останніх років, КОВІД-19, поставила під загрозу фізичне здоров'я людей на всій планеті – «щодня десятки тисяч людей помирали, сотні тисяч інфікувалися» [5]. Водночас, застосування у більшості країн необхідних обмежувальних «профілактичних заходів, як-то карантин, закриття кордонів, проактивна ізоляція» здійснило свій негативний вплив на психічне здоров'я, збільшивши прояви психічного нездоров'я. Війна рф проти України ще більше посилила навантаження на психічну складову здоров'я людей в Україні та у світі в цілому. За даними досліджень останніх років, тривога, депресія, психози, вживання психоактивних речовин, розлади особистості та інші психічні розлади створюють приголомшливий тягар для громадського здоров'я та економіки [1, 2]. Саме це обумовлює необхідність уваги до підготовки якісних кадрів для охорони психічного здоров'я, частину з яких забезпечує підготовка за спеціальністю «клінічна психологія», адже ця освіта сьогодні є запорукою успішного завтра для України та світу в цілому.

Клінічна психологія – галузь, що базується на глибокій інтеграції фундаментальної науки та клінічної практики, займає унікальне положення та слугує міждисциплінарним центром щодо забезпечення психічного здоров'я, тому вивчення питань щодо

проблем та шляхів їх вирішення у навчанні, підготовці кваліфікованих кадрів – клінічних психологів, є важливим завданням сьогодення.

Загалом, на думку дослідників, ставлення та мотивація студентів до свого навчання найбільше залежить від чинників вибору професії (спеціальності) і ставлення до самого процесу навчання, а також від можливостей бути щасливими, здоровими, технічно досвідченими, фаховими і професійно успішними. Також важливими є доступність до якісних даних, наукових джерел і досліджень, наявність можливостей фахового супроводу більш досвідчених колег, залученості до практики, міжнародного досвіду та спільних міжнародних дослідницьких проектів тощо. Фактичний ступінь прогресу на шляху до цих цілей, на думку Левенсона, є невизначеним, [6] і на сьогодні ускладнений новими викликами – це у свою чергу призводить до стрес-перевантаження студентів та, беззаперечно впливає на результати навчання.

Відмітимо деякі з існуючих проблем, які ми дізналися з наукових джерел, що стосуються сьогодні студентів – клінічних психологів:

1) наявність зовнішніх стресорів – війна, руйнування, смерть, страх, невизначеність, постійний інформаційний стресовий фон: частина студентів в Україні взагалі не розуміє, як вчитися офлайн і навіщо вчитися та виконувати завдання, коли майбутнє щодня ще більш невизначене. Це спричиняє високе психологічне напруження, провокуючи нездатність і небажання працювати, апатичність через переживання;

2) мультидисциплінарність та технічність навчання: за останню чверть століття відбулися зміни: спонукані спонсорами, натхненні новими технологіями та мотивовані краще розуміти, прогнозувати, запобігати та лікувати психічні розлади, спеціалісти все більше покладаються на складні міждисциплінарні інструменти; наприклад, використання технології смартфонів і машинного навчання для прогнозування спроб суїциду та помилок у вживанні психоактивних речовин. Мультидисциплінарність, на

думку студентів, не завжди є виправданою, оскільки є певні дисципліни, навантаження яких є недоречно великим. Освоїти всі передові мультидисциплінарні інструменти та концепції складно і, враховуючи, що сьогоднішні інновації стають нормою завтрашнього дня, проблема навчання стає ще гострішою [7].

3) заняття частіше дистанційні та не завжди покривають потреби студентів, залишаючи багато питань без відповідей : за таких умов і розуміння стрес-перевантаженості студентів, їхня бездіяльність і низька включеність часто безпідставно виправдовується.

4) недостатньо інтегровані базова та прикладна клінічна психологія, що тягнуть за собою також проблему невідповідності між навчанням і реальною роботою: недостатня кількість часу призначені на здобуття власного досвіду та ознайомлення із реальною роботою клінічного психолога.

5) відсутність належної підтримки від держави проведення наукових досліджень із залученням студентів.

6) фінансові труднощі студентів. Сучасні студенти, швидше за все, мають значні освітні борги та відчувають фінансові труднощі, ніж їхні попередники (наприклад, Peterson Foundation 2021). В опитуванні Nature 2019 року дві третини опитаних (67%) погодилися, що фінансові турботи були головним фактором стресу [8].

7) неналежні рівні здоров'я та добробуту студентів, адже вважається, що «поточний навчальний клімат не є ані здоровим, ані стійким... і загрожує підірвати спільні цінності та цілі як для студентів, так і для громадського здоров'я (CGS & Jed Foundation 2021, Forrester 2021).

8) велике навантаження (оволодіння складними міждисциплінарними знаннями та техніками, розвиток клінічних навичок та культурної компетентності, розуміння сотень сторінок призначеної літератури, презентації своїх робіт на семінарах і конференціях), більшість студентів працює, заробляючи собі на

проживання та навчання кошти – все це є стрес-факторами, вага яких не зменшується, але обтяжується постійно новими викликами.

Висновки: Варто приділяти увагу дослідженням питань щодо сучасних стрес-факторів та перешкод, які є об'єктивно та суб'єктивно у студентської молоді, студентів-клінічних психологів зокрема, особливо враховуючи сучасні реалії війни та швидкоплинності подій і стресорів, поєднаності та непередбачуваності їх впливів та наслідків з метою удосконалення навчального процесу та покращення якості навчання. Якісне навчання – той фронт, що тримає студентська молодь – є ще більш важливим в умовах війни, бо забезпечує здоров'я, сили і стійкість населення для відбудови країни. Війна погіршила стан психічного здоров'я людей в Україні. Треба зважати на стан психічного здоров'я і навантаженість сучасних студентів. Від клінічних психологів залежить рівень психічного здоров'я населення, можливості формувати здорові моделі мислення та поведінки у суспільстві. Тому, проблемні аспекти питання щодо підвищення якості навчання студентів – клінічних психологів та підготовки високопрофесійних спеціалістів даного напрямку, що залежить як від викладачів, так і від мотивованих здорових студентів, потребують окремої уваги, дослідження та вирішення

Література

1. CDC. 2020. *Youth Risk Behavior Survey Data Summary & Trends Report: 2009–2019*. Atlanta, GA: Center for Disease Control and Prevention.
2. SAMHSA 2019, SAMHSA. 2019. Key substance use and mental health indicators in the United States: Results from the 2018 National Survey on Drug Use and Health. Rockville, MD: Center for Behavioral Health Statistics and Quality.
3. Mei C, Fitzsimons J, Allen N, Alvarez-Jimenez M, Amminger GP, et al. 2020. Global research priorities for youth mental health. *Early intervention in psychiatry* 14: 3–13.

4. Uhlhaas та інші 2021 Uhlhaas PJ, McGorry PD, Wood SJ. 2021. Toward a Paradigm for Youth Mental Health. *JAMA Psychiatry* 78: 473–74.

5. Clemente-Suárez VJ, Navarro-Jiménez E, Jimenez M, Hormeño-Holgado A, Martinez-Gonzalez MB, Benitez-Agudelo JC, Perez-Palencia N, Laborde-Cárdenas CC, Tornero-Aguilera JF. Impact of COVID-19 Pandemic in Public Mental Health: An Extensive Narrative Review. *Sustainability*. 2021; 13(6).

6. Levenson RW. 2017. Clinical psychology training: Accreditation and beyond. *Annual Review of Clinical Psychology* 13: 1–22

7. Gee DG, DeYoung KA, McLaughlin KA, Tillman RM, Barch DM, Forbes EE, Krueger RF, Strauman TJ, Weierich MR, Shackman AJ. Training the Next Generation of Clinical Psychological Scientists: A Data-Driven Call to Action. *Annu Rev Clin Psychol*. 2022 May 9;18:43-70.

8. Nature Research 2019 Nature Research. 2019. 2019 Nature PhD Students Survey Data

КОНЦЕПТУАЛЬНА МОДЕЛЬ ЗДОРОВОЇ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ МОЛОДІ В УМОВАХ РОСТУ РІВНЯ ЦИФРОВОГО ІНФОРМАЦІЙНОГО НАВАНТАЖЕННЯ

Анна ЛЕПКАНИЧ

ДВНЗ «Ужгородський національний університет

Вступ. Через складну епідеміологічну ситуацію, зумовленою епідемією COVID-19 та військовим станом значна частка працездатного населення та молоді вимушено перейшло в режим дистанційної роботи і навчання з використанням сервісів мережі Інтернет. Це в свою чергу зумовило зміну усталених раніше традицій харчування, рівнів фізичної активності та інших аспектів режиму щоденного життя. Відомо, що зміна характеру харчування, порушення режиму харчування, малорухомий спосіб життя (гіпокінезія, гіподинамія) спричиняє низку проблем зі здоров'ям і

є одним з ключових факторів розвитку низки хронічних неінфекційних захворювань [1]. Значна частка молодих людей є здобувачами вищої освіти, під час якого студенти можуть вести такий спосіб життя, що містить у собі фактори негативного впливу на здоров'я, а постійний дисбаланс у харчуванні є причиною розвитку цілої низки хвороб [2].

Одним з найбільш складних, комплексних та малодосліджених феноменів XXI століття з яким ми стикаємося сьогодні, є діджиталізація сучасного суспільства або активне використання цифрових технологій в повсякденності [3]. Сьогодні вже неможливо закладам вищої освіти залишатися осторонь змін цифрової трансформації, ріст цифрового інформаційного навантаження є невід'ємною частиною сучасного життя. Однак, швидкий темп життя часто змушує студентську молодь нехтувати усталеними правилами здорового способу життя. Результати наших досліджень показали, що більшість студентської молоді відмовляються від сніданку або замінюють повноцінний прийом їжі швидким перекусом [4]. Усі ці негативні впливи змін ритму повсякденного життя зумовлюють актуальність розробки нових підходів до формування харчових поведінкових моделей сучасної молоді, що навчається.

Мета дослідження. Визначити основні структурні елементи і алгоритм роботи уніфікованої моделі формування здорової харчової поведінки молоді в умовах росту рівня цифрового інформаційного навантаження.

Матеріали та методи. В основі дослідження використано результати наших попередніх досліджень, які опрацьовувалися методами концептуального та описового моделювання, дослідження базувалося на засадах системного підходу.

Результати дослідження.

В наших попередніх дослідженнях було сформовано і обґрунтовано базові критерії для формування сучасних підходів здорових моделей харчування молоді, що навчається [5].

1. Рівень щоденної зайнятості студента в процесі навчання та рівень інтернет-залученості.

2. Особливості фінансової спроможності студента.

3. Організація процесу навчання (очне, дистанційне, змішане).

4. Місце і умови проживання студента в період навчання (вдома, в гуртожитку, наймана квартира).

5. Стать.

6. Курс навчання.

7. Рівень щоденної фізичної активності.

Дані критерії умовно можна розділити на дві групи: незмінні (константні) критерії та змінні (варіативні) критерії. Так, серед семи запропонованих критеріїв до групи константних ми відносимо:

1. Стать.

2. Курс навчання

Група варіативних критеріїв, ключові показники яких можуть змінюватися у часі складається із:

1. Особливості фінансової спроможності студента.

2. Організація процесу навчання (очне, дистанційне, змішане).

3. Місце і умови проживання студента в період навчання (вдома, в гуртожитку, наймана квартира).

4. Рівень щоденної фізичної активності.

Один із базових критеріїв для практичного використання запропонованої моделі ми розглядаємо як модифікуючий фактор, який визначає власне наповнення запропонованої для визначеної цільової групи рекомендовану модель харчової поведінки – режим харчування, калорійність, обсяг харчових продуктів і споживання води та інше. Цей модифікуючий фактор - Рівень щоденної зайнятості студента в процесі навчання та рівень інтернет-залученості – також є варіативним і може динамічно змінюватися навіть при збереженні стабільності усіх інших варіативних критеріїв.

Висновок.

Запропонована концептуальна модель формування здорової харчової поведінки молоді в умовах росту рівня цифрового

інформаційного навантаження створить умови для визначення ключових складових рекомендованих здорових практик харчування для різних груп молоді, що навчається. Однак, не вирішеною задачею залишається проблема вироблення мотивації студентської молоді дбати про своє здоров'я і дотримуватись рекомендацій спеціалістів щодо ведення здорового способу життя.

Література

1. Лашкул З. В., Курочка В. Л. Соціально-гігієнічне дослідження факторів ризику серцево-судинних захворювань серед лікарів різних фахових груп, з'ясування ставлення лікарів до проблем профілактики. Запорізький медичний журнал. 2014. №3 (84). С. 23–25.

2. Бойко, Г. Л., Козлова Т. Г., Стоцька О. Р. Режим сну та харчування, як обов'язкові компоненти здорового способу життя здобувачів вищої освіти. Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія № 15. Науково-педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорт): збірник наукових праць / За ред. О. В. Тимошенка. Київ: Видавництво НПУ імені М. П. Драгоманова, 2022. Випуск 3 (148). С. 34-37.

3. Castells, Manuel (2000a). *The Information Age: Economy, Society and Culture* vol. 1: *The Rise of the Network Society*. 2nd edn. Oxford:Blackwell.

4. Лепканич А. О., Миронюк І. С. Особливості харчової поведінки студентської молоді в залежності від форми освітнього процесу. Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення: матеріали V науково-практичної конференції з міжнародною участю на вшанування пам'яті М.Г. Гуревича (1891–1937), засновника та керівника першої в Україні кафедри соціальної гігієни при Харківському медичному інституті, Харків, 28 жовтня 2022 р. / ред. кол. В.В. М'ясоєдов, В.А. Огнев, Т.В. Пересипкіна та ін. Харків, 2022. С. 193-194.

5. Лепканич Анна, Миронюк Іван. Сучасні підходи до формування здорових моделей харчування молоді, яка навчається (Modern Approaches to the Formation of Healthy Eating Habits of Young People that are Studying). Ružomerské zdravotnícke dni 2022 – XVI. Ročník: Zborník z medzinárodnej konferencie. Ružomberok, 2022. С. 424-429.

ЦИФРОВІ ТЕХНОЛОГІЇ ЯК ІНСТРУМЕНТ МОТИВАЦІЇ СТУДЕНТІВ ПІД ЧАС ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ

Валерія ЛЕХАН

Дніпровський державний медичний університет, м. Дніпро

Актуальність проблеми Низка надзвичайних ситуацій, з якими зіштовхнулася Україна в останні роки – епідемія корона вірусної інфекції (COVID-19), а потім повномасштабні воєнні дії та території держави – стали унікальним викликом для системи вищої освіти [4], особливо медичної. Для забезпечення безперервності освіти в Україні стрімкими темпами стало запроваджуватися дистанційне навчання в різних режимах організації освітньої діяльності: 1) синхронному, коли заняття проводяться в режимі реального часу в обраному цифровому середовищі; 2) асинхронному (більш самостійне навчання), коли студенти вивчають матеріал в зручний для них час, відповідно до встановлених викладачем термінів, при цьому їх взаємодія з викладачем підтримується за допомогою інтерактивних освітніх платформ; та 3) змішаному з поєднанням синхронної та асинхронної взаємодії, залежно від завдань, які вирішуються [3].

Доступність, гнучкість, динамічність, неперервність, адаптивність, творчість — базові позиції дистанційного навчання. Дистанційна форма навчання характеризується як низкою переваг, так і певними недоліками. За узагальненими О.Сікорською [5] матеріалами численних досліджень, до

позитивних характеристик дистанційної освіти можна віднести — інноваційні форми взаємодії, економію коштів, можливість сумісництва з роботою, доступність навчальних матеріалів, свобода в часі і просторі; до негативних — недостатнє технічне оснащення та проблеми з підключенням до інтернету, брак реального спілкування, проблеми з мотивацією та самоорганізацією студентів, крім того застосування дистанційної форми навчання в медичних закладах вищої освіти обмежено перш за все через неможливість опанування практичних навичок клінічного спрямування[4]..

Мотивація визнається ключовим чинником забезпечення якості медичної освіти, особливо при наявності істотного дистанційного компонента [5]. Зниження мотивації через обмеження соціальної взаємодії «викладач-студент», «студент-студент», необхідність постійної самоорганізації студента, до якої далеко не всі здатні стали однією з найбільш гострих проблем дистанційної освіти. Існує навіть точка зору, що дистанційне навчання підходить тільки для високо дисциплінованих студентів [6].

Існують обґрунтовані пропозиції щодо необхідності залучення інтерактивних платформ, які дозволять покращити процес викладання та засвоєння необхідного навчального матеріалу [7].

Метою дослідження було запровадження пакету цифрових інтерактивних технологій при синхронному режимі дистанційного навчання та оцінка їх мотивуючого ефекту.

Основна частина Дослідження проводилося на кафедрі соціальної медицини, громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Дніпровського державного медичного університету з використанням платформи для навчання Moodle та сервісу Google - Google Meet. В якості цільового орієнтиру при підборі цифрових інструментів для підвищення мотивації під час дистанційного навчання студентів була обрана модель, запропонована американським ученим Джоном Келлером, яка

складається з чотирьох етапів: увага (attention); значущість (relevancy); упевненість (confidence); задоволення (satisfaction) – аббревіатура ARCS. За компонентами ARCS криється і сама послідовність дій, мотиваційний дизайн: спочатку важливо захопити увагу студента, потім потрібно переконати його в значущості процесу навчання, вселити або підтримати впевненість у власних силах і зрештою домогтися задоволення від навчання та отриманих результатів [8].

Для захоплення уваги цикл чи курс починається із знайомства. Одним з ефективних прийомів для цього є використання техніки «Сінквейн» [1], яка з погляду дидактики, є формою вільної творчості і вимагає від студента вміння знаходити в інформаційному матеріалі найбільш суттєві елементи, робити висновки та коротко їх формулювати. Викладач просить, щоб кожний із студентів написав про себе 4 рядки: 1-й - ім'я та прізвище; 2-й - два прикметника та 3-й - три дієслова, що характеризують студента; і, нарешті, 4-й - фраза щодо очікувань від заняття. Наприклад:

1 рядок	Петро Петренко
2 рядок	Жвавий, відповідальний
3 рядок	Навчаюся працюю, розважаюся
4 рядок	Очікую, що зможу більш об'єктивно оцінювати ефективність способів діагностики, лікування, профілактики

Дані фіксуються індивідуально у чаті або на віртуальній дошці (Jamboard), потім обговорюються в малих групах, для загального ознайомлення члени групи виносять на вибір одну позицію про кожного. Очікування фіксуються і розглядаються окремо і доповідаються всім членам групи. Застосування Сінквейну при знайомстві дозволяє краще пізнати учасників та налаштувати членів групи на певний розумовий стан для майбутньої діяльності.

Основна частина циклу/курсу вивчається за допомогою поєднання платформи Moodle та сервісу Google Meet. В режимі відео конференції читаються лекції. Під час лекції студенти можуть задавати в чаті питання, на які лектор відповідає після лекції. На платформі Moodle по кожній темі практичного/семінарського заняття викладаються завдання, обґрунтування їх значущості, детальна інструкція та приклад правильного виконання, посилання на необхідні основні теоретичні та додаткові матеріали. Студенти, об'єднані на попередньому етапі в малі групи чисельністю 3-4 особи, самостійно вивчають теорію та виконують свій варіант завдання.

Під час онлайн конференції студенти кожної малої групи персонально доповідають отримані самостійно дані, виділяючи теоретичне обґрунтування, рішення завдання та інтерпретацію отриманих результатів. До обговорення ініціативно або за вказівкою викладача підключаються студенти з інших груп. Такий формат, який Д.Келлер називає методом «перевернутого навчання», дозволяє утримувати увагу всієї групи, забезпечувати інтенсивне спілкування між студентами чи викладачами та відпрацьовувати відповідні навички.

На останньому занятті циклу навчання студентам пропонується зайнятися створенням інтелект-карт, схем, що візуалізують отриману та опрацьовану інформацію. На початку викладач називає центральний образ або об'єкт уваги (наприклад «здоров'я населення», «доказова медицина» тощо). Далі студентам, розподіленим на малі групи, пропонується у режимі мозкового штурму у графічному форматі (у формі гілок, що відходять від центрального образу) зафіксувати основні теми, пов'язані із об'єктом уваги - крок 1, а потім пояснити їх ключовими словами (у вигляді гілок, що відходять від основної теми) – крок 2. Побудовані інтелект карти презентуються кожною малою групою і обговорюються всіма студентами. Лише після цього завдання прикріплюються і відправляються для оцінювання.

Оцінки виставляються і оприлюднюються викладачем в день проведення заняття в електронному журналі.

Для оцінки ефективності застосування інтерактивних способів мотивації до навчання за допомогою гугл-форм було опитано 62 студенти з груп, де такі методи використовувалися. За результатами опитування виявлено, що 100% респондентів відзначили доцільність використання інтерактивних методів при дистанційному навчанні; про підвищення інтересу до матеріалу, що вивчається, та формування навичок роботи в команді, заявили 93,5% (95% ДІ 87,9-98,9) та 90,3% (95% ДІ 86,1-94,5) опитаних відповідно; 82,2% (95% ДІ 78,7-85,7) студентів відзначили, що такі методи сприяють формуванню відповідних навичок. Водночас, майже половина опитаних (51,6%; 95% ДІ 45,7%-56,5) відмітила складність роботи з інтелект картами, що свідчить про необхідність диференційованого підходу при виборі інтерактивних методів навчання з врахуванням вихідного півня підготовки студентів..

Висновки.

1. Дистанційному навчанню притаманні проблеми у комунікаціях як між викладачем та студентом, так і безпосередньо між студентами, які негативно впливають на їх мотивацію щодо навчання в цілому та вивчення певної дисципліни.

2. Адекватний відбір та застосування сучасних цифрових технологій дозволяють згладити ці проблеми і істотно підвищити рівень мотивації студентів.

Література

1. Кононець Н.Метод сінквейну при ресурсно-орієнтованому навчанні інформатики: робота з підручником. URL: <https://sno.udpu.edu.ua/index.php/naukovo-metodychna-robota/88-rpldoldol/142-metod-sinkvejnu-pri-resursno-orientovanomu-navchanni-informatiki-robota-z-pidruchnikom>

2. Лапшина К.А., Гопцій О.В., Лапшин Д.В., Адде-Кумі М.М. Деякі аспекти дистанційної освіти в медичному університеті% матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з

міжнародною участю «Актуальні проблеми вищої медичної освіти і науки». Харків, 2021. С.109-111.

3. Левашова О.Л., Тішакова Т.С., Козуб С.М. Дистанційна освіта – виклик сучасності% матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Актуальні проблеми вищої медичної освіти і науки». Харків, 2021. С.111-111.

4. Ніколаєв Є., Рій Г., Шемелинець І. Вища освіта в Україні: зміни через війну: аналітичний звіт. Київ: Київський університет імені Бориса Грінченка, 2023. 94 с.

5. Рапава Р. Б., Ковінько К. В. Роль мотивації в дистанційному навчанні студентів вищої школи.. *Педагогіка формування творчої особистості у вищій і загальноосвітній школах*. 2021. № 74, Т. 3. С. 82-84. DOI <https://doi.org/10.32840/1992-5786.2021.74-3.15>

6. Сікорська О. Дистанційна освіта в закладах вищої медичної освіти України: недоліки та переваги. *Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології*. 2021, № 9 (113) . С 148-157. DOI 10.24139/2312-5993/2021.09/148-157.

7. Теренда Н.О., Теренда О.А., Горішний М.І., Панчишин Н.Я. Особливості дистанційного навчання в умовах пандемії COVID-19 (за результатами анкетування). *Медична освіта*. 2021. № 4. С57-60.

8. Keller J. First principles of motivation to learn and e-learning. *Distance Education*. 2008. № 29 (2). P. 175–185. DOI: 10.1080/01587910802154970.

ЗМІСТ КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ ФАХІВЦІВ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я ДЛЯ ЕФЕКТИВНОЇ РОЗРОБКИ І ВПРОВАДЖЕННЯ ІНФОРМАЦІЙНИХ КАМΠΑНІЙ ДЛЯ ПРЕДСТАВНИКІВ УРАЗЛИВИХ ГРУП НАСЕЛЕННЯ

Святослав ЛІННІКОВ

ДВНЗ «Ужгородський національний університет

Інформаційно-комунікаційні програми в громадському здоров'ї мають велике значення і грають ключову роль у підтримці та зміцненні здоров'я населення. Вони допомагають людям засвоювати корисну інформацію про здоров'я, захворювання, профілактику та доступ до послуг охорони здоров'я. Також можуть надати населенню інструкції щодо правильного харчування, фізичної активності, безпечних статевих поведінок та інших аспектів здорового способу життя. Інформаційно-комунікаційні програми допомагають людям бути свідомими споживачами медичних послуг та приймати обґрунтовані рішення про своє здоров'я. Це може включати інформацію про вибір лікаря, правильне використання лікарських препаратів, збереження здоров'я під час вагітності та багато іншого.

Інформаційно-комунікаційні програми є ефективним інструментом у попередженні захворювань та поширенні інфекційних хвороб. Вони можуть надавати населенню інформацію про заходи гігієни, вакцинацію, передачу хвороб та дотримання профілактичних заходів. Такі програми сприяють підвищенню обізнаності про різні аспекти здоров'я, здатні розширити знання про симптоми хвороб, методи діагностики та лікування, способи запобігання, а також роз'яснити питання про здоров'я ментального стану та добробуту.

Інформаційно-комунікаційні програми можуть мобілізувати громадські ресурси та підтримку для реалізації сприятливих ініціатив у сфері збереження здоров'я населення. Завдяки

правильній комунікації можливо створити свідоме сприйняття і підтримку громадських заходів, спрямованих на поліпшення громадського здоров'я.

Інформаційно-комунікаційні програми в громадському здоров'ї відіграють ключову роль у наданні населенню необхідної інформації, сприяють попередженню захворювань і зміцненню здоров'я. Вони є невід'ємною частиною ефективних стратегій громадського здоров'я та сприяють покращенню загального стану здоров'я населення.

Ефективність інформаційно-комунікаційних кампаній в громадському здоров'ї безпосередньо залежить від компетенцій експертів в цій сфері.

До таких компетенцій можна віднести широкий перелік. Проте найбільш важливими можуть бути наступні:

Освіта та спеціальні навички.

Фахівці системи громадського здоров'я повинні мати достатній рівень освіти з медицини, громадського здоров'я або пов'язаних галузей, а також додаткові навички в галузі комунікації, медіа та маркетингу. Освіта є одним з ключових компонентів формування компетентностей фахівців системи громадського здоров'я для ефективної розробки і впровадження інформаційних кампаній для представників уразливих груп населення. Основними аспектами освіти, які мають бути враховані, є освіта в галузі знань 22 «Охорона здоров'я» та навички комунікації.

Фахівці системи громадського здоров'я повинні мати достатню медичну кваліфікацію, що охоплює різні аспекти медичної науки. Зокрема набути достатні знання про фізіологію, патологію, епідеміологію, принципи лікування та профілактики хвороб. Це допоможе їм зрозуміти потреби та проблеми уразливих груп і враховувати їх при розробці інформаційних кампаній. Окрім медичної освіти, фахівці повинні мати глибокі знання про громадське здоров'я. Це включає розуміння принципів громадського здоров'я, популяційних підходів до охорони здоров'я, епідеміології, оцінки ризиків та управління кризами в галузі

здоров'я. Громадське здоров'я забезпечує контекст і стратегічні підходи до покращення здоров'я населення, зокрема уразливих груп. Фахівці повинні мати сильні навички комунікації для ефективного спілкування з уразливими групами населення. Це включає вміння пояснювати складні медичні поняття зрозумілою мовою, слухати та розуміти потреби та проблеми груп, використовувати емпатію та культурну чутливість у комунікації. Також важливими є навички використання різних комунікаційних каналів, таких як письмова комунікація, групові дискусії, відеопрезентації та використання соціальних медіа.

Розуміння потреб уразливих груп.

Розуміння потреб уразливих груп є ключовим аспектом компетентностей фахівців системи громадського здоров'я при розробці і впровадженні інформаційних кампаній для них. Це включає глибоке знання про характеристики, проблеми, потреби та виклики, з якими зіштовхнуться представники цих уразливих груп населення. Фахівці повинні розуміти різноманітні аспекти, такі як вікові особливості, соціально-економічний статус, культурні та релігійні фактори, стан здоров'я та доступ до медичних послуг цих груп. Вони повинні бути свідомі уразливості цих груп перед певними захворюваннями або факторами ризику та розробляти спеціальні стратегії, спрямовані на задоволення їхніх потреб та підтримку їхнього здоров'я.

Розуміння потреб уразливих груп також вимагає емпатії та здатності сприймати ситуацію з їхнього «бачення». Це допомагає фахівцям розробляти та впроваджувати інформаційні кампанії, які відповідають конкретним потребам та уникати стигматизації чи дискримінації уразливих груп.

Загалом, розуміння потреб уразливих груп є фундаментальною складовою компетентностей фахівців системи громадського здоров'я, яке дозволяє розробляти та впроваджувати ефективні інформаційні кампанії, спрямовані на поліпшення їхнього здоров'я та благополуччя.

Уміння визначення цільової аудиторії.

Визначення цільової аудиторії є важливим етапом у розробці інформаційних кампаній для представників уразливих груп населення в системі громадського здоров'я. Це процес ідентифікації та аналізу груп людей, які є основною цільовою групою цих кампаній.

Перш за все, фахівці повинні визначити конкретні групи населення, які вважаються уразливими. Це можуть бути люди похилого віку, діти, вагітні жінки, люди з інвалідністю, соціально вразливі групи, населення з низьким рівнем освіти або незадовільним станом здоров'я. Після цього необхідно докладно вивчити потреби та характеристики цих уразливих груп. Це включає розуміння їхніх медичних проблем, культурних особливостей, освітнього рівня, соціально-економічного статусу, мови та комунікаційних преференцій. Такий аналіз допомагає належним чином налаштувати інформаційні кампанії під цю аудиторію.

Фахівці повинні визначити конкретні цілі і повідомлення, які потрібно передати цільовій аудиторії. Це може бути інформація про попередження хвороб, здоровий спосіб життя, доступ до медичних послуг або заходи профілактики. Важливо, щоб ці цілі і повідомлення були пристосовані до потреб та особливостей цільової аудиторії.

Уміння розробляти зрозумілі та доступні повідомлення.

Фахівці повинні мати вміння перетворювати складну медичну інформацію на зрозумілі та доступні повідомлення для уразливих груп. Це може включати використання простої мови, графіки, відео та інших засобів комунікації. Фахівці повинні бути знайомі з різноманітними комунікаційними каналами, такими як соціальні медіа, телебачення, радіо, газети, а також онлайн-платформи. Вони повинні вміти визначати найефективніші канали комунікації для досягнення цільової аудиторії.

Навички налагодження співпраці зі зацікавленими сторонами.

Співпраця зі зацікавленими сторонами є важливою компетенцією фахівців системи громадського здоров'я при розробці

і впровадженні інформаційних кампаній для представників уразливих груп населення. Це включає взаємодію та спільну роботу з різними організаціями, установами, громадськими групами та іншими зацікавленими сторонами з метою досягнення спільних цілей здоров'я громади.

Фахівці співпрацюють з організаціями, що впливають на здоров'я уразливих груп, встановлюючи партнерські відносини та спільно плануючи дії. Вони обмінюються інформацією, ресурсами та даними, необхідними для розробки та реалізації кампаній. Крім того, вони координують свою діяльність, залучають громадськість та представників уразливих груп до процесу планування та виконання кампаній.

Співпраця зі зацікавленими сторонами допомагає фахівцям максимально використовувати ресурси та експертні знання організацій та сторін для ефективної розробки та впровадження інформаційних кампаній для уразливих груп населення.

Навички оцінки та аналізу результатів.

Оцінка та аналіз результатів є важливою складовою компетенції фахівців системи громадського здоров'я при розробці і впровадженні інформаційних кампаній для представників уразливих груп населення. Цей процес включає систематичну оцінку ефективності кампаній та аналіз результатів з метою зрозуміння їхнього впливу на цільову аудиторію та вдосконалення подальших дій.

Оцінка результатів полягає у зборі, аналізі та інтерпретації даних, що стосуються ефективності інформаційних кампаній. Фахівці використовують різні методики та інструменти для оцінки, такі як анкетування, інтерв'ю, спостереження, статистичний аналіз тощо. Вони збирають дані про ступінь усвідомлення інформації, зміни у поведінці, реакцію аудиторії та інші показники, які дозволяють оцінити ефективність кампаній.

Аналіз результатів включає систематичне розглядання та інтерпретацію зібраних даних. Фахівці визначають, наскільки досягнуті цілі та завдання інформаційних кампаній, ідентифікують

сильні та слабкі сторони кампаній, розуміють причини успіху або невдачі. На основі аналізу результатів вони можуть розробити рекомендації для поліпшення майбутніх кампаній та прийняття відповідних коригуючих заходів.

Оцінка та аналіз результатів допомагають фахівцям системи громадського здоров'я зрозуміти ефективність інформаційних кампаній, виявити потенційні проблеми та можливості для покращення. Цей процес дозволяє забезпечити постійне вдосконалення стратегій та дій для досягнення найкращих результатів у підтримці уразливих груп населення

Дотримання етичних принципів і норм.

Етичний підхід є важливою компетенцією фахівців системи громадського здоров'я при розробці і впровадженні інформаційних кампаній для представників уразливих груп населення. Це означає, що фахівці повинні діяти відповідно до моральних принципів, забезпечуючи захист прав та добробуту уразливих груп та дотримуючись принципів справедливості, солідарності та недискримінації.

Етичний підхід передбачає дбайливе і гуманне ставлення до уразливих груп, урахування їхніх потреб, переконань, культурних особливостей та прав. Фахівці повинні дотримуватись принципів конфіденційності та поваги до приватності, забезпечуючи умови, що інформація про учасників кампаній залишається конфіденційною та використовується тільки за їхньою згодою.

Крім того, етичний підхід передбачає уникнення конфлікту інтересів та забезпечення прозорості та відкритості у взаємодії зі зацікавленими сторонами. Фахівці повинні бути об'єктивними, розуміти потенційні ризики та негативні наслідки інформаційних кампаній, а також вживати заходів для їхньої мінімізації.

Етичний підхід також вимагає враховувати принципи справедливості та рівності в доступі до інформації та послуг для уразливих груп. Фахівці повинні уникати дискримінації та нерівності, забезпечуючи, що всі учасники мають однакові

можливості та доступ до інформації, яка може вплинути на їхнє здоров'я та добробут.

Етичний підхід є основою для відповідального та ефективного розвитку і впровадження інформаційних кампаній для уразливих груп населення. Враховуючи моральні принципи та цінності, фахівці можуть забезпечити захист та покращення здоров'я уразливих груп, зберігаючи довіру та підтримку громадськості.

Уміння адаптації до змін.

Адаптація до змін є важливою компетенцією фахівців системи громадського здоров'я при розробці і впровадженні інформаційних кампаній для представників уразливих груп населення. Це включає гнучкість, адаптивність та здатність до пристосування до змін у контексті охорони здоров'я та потреб уразливих груп.

Фахівці повинні бути готові до змін в суспільстві, технологіях, політиках та інших факторах, що впливають на здоров'я громади. Вони мають уміти швидко реагувати на нові виклики, мінливі потреби та еволюцію проблем здоров'я. Це може включати зміну стратегій, методів роботи та підходів для забезпечення ефективності інформаційних кампаній.

Адаптація до змін також передбачає відкритість до інновацій та нових ідей. Фахівці повинні бути готовими до впровадження нових технологій, методів комунікації та стратегій, які можуть покращити результати кампаній та ефективність впливу на уразливі групи. Вони мають бути готовими до використання нових джерел інформації, а також до змін у підходах до співпраці з іншими організаціями та зацікавленими сторонами.

Окрім того, адаптація до змін вимагає гнучкості та вміння пристосовуватися до різних культурних, соціальних та економічних контекстів. Фахівці повинні розуміти унікальні потреби та виклики, з якими стикаються уразливі групи різних спільнот, та здатні адаптувати свої підходи та повідомлення, щоб вони були релевантними та зрозумілими для конкретної аудиторії.

Адаптація до змін є важливим елементом успішної розробки та впровадження інформаційних кампаній для уразливих груп населення. Ця компетенція дозволяє фахівцям зберігати актуальність, ефективність та реалізовувати стратегії, які найкращим чином відповідають потребам та викликам уразливих груп.

Участь в безперервному професійному розвитку

Професійний розвиток є важливою складовою компетентностей фахівців системи громадського здоров'я, які займаються розробкою і впровадженням інформаційних кампаній для представників уразливих груп населення. Цей розділ об'єднує процеси, за допомогою яких фахівці покращують свої навички, знання та компетенції для більш ефективної роботи в сфері громадського здоров'я.

Професійний розвиток включає постійне навчання та самоосвіту. Фахівці повинні бути свідомими того, що сфера громадського здоров'я постійно змінюється, виникають нові виклики та інновації. Тому, вони повинні активно вдосконалювати свої знання, вивчати нові наукові дослідження, ознайомлюватись з передовими методиками та технологіями, що стосуються інформаційних кампаній для уразливих груп.

Професійний розвиток також включає участь у тренінгах, семінарах, конференціях та інших подіях, де фахівці можуть обмінюватися досвідом, вивчати передові практики та знаходити нові способи покращення своєї роботи. Важливо знайти час для професійного навчання та спілкування з колегами, експертами та іншими зацікавленими сторонами, що сприятиме обміну ідеями та співпраці.

Професійний розвиток також може включати отримання додаткових сертифікатів, курсів або спеціалізацій, які допоможуть фахівцям розширити свої компетенції і засвоїти нові методики та підходи до роботи з уразливими групами. Окрім того, самооцінка і визначення потреб у професійному розвитку є важливим елементом. Фахівці повинні бути відкритими до власних слабких

сторін та постійно працювати над їх поліпшенням. Вони можуть встановлювати особисті цілі та плани розвитку, що допоможуть їм зростати як професіонали в сфері громадського здоров'я.

Професійний розвиток є постійним процесом, що допомагає фахівцям системи громадського здоров'я покращувати свою роботу та досягати більших результатів у розробці та впровадженні інформаційних кампаній для уразливих груп населення.

Висновок

Зміст компетентностей фахівців системи громадського здоров'я для ефективної розробки і впровадження інформаційних кампаній для представників уразливих груп населення включає ряд важливих аспектів. Розуміння потреб уразливих груп дозволяє фахівцям адаптувати повідомлення та стратегії до конкретних потреб та контексту цільової аудиторії. Визначення цільової аудиторії допомагає зосередитися на групах населення, які мають найбільшу потребу в інформаційній підтримці та підтримці здоров'я. Співпраця зі зацікавленими сторонами є важливим фактором для забезпечення ефективності інформаційних кампаній та максимального впливу на уразливі групи населення.

Оцінка та аналіз результатів грають важливу роль у визначенні ефективності інформаційних кампаній та коригуванні стратегій для поліпшення їх результатів. Етичний підхід гарантує, що фахівці діють відповідально та з урахуванням моральних принципів у роботі з уразливими групами, забезпечуючи їхню безпеку та добробут. Адаптація до змін є необхідною для забезпечення актуальності та ефективності інформаційних кампаній у змінюючихся умовах охорони здоров'я. Професійний розвиток фахівців є ключовим фактором успіху в розробці та впровадженні інформаційних кампаній для уразливих груп населення, допомагаючи покращувати навички, знання та компетенції, необхідні для роботи у цій сфері.

Загалом, розуміння та розвиток компетентностей фахівців системи громадського здоров'я є необхідною передумовою для ефективної розробки і впровадження інформаційних кампаній для

представників уразливих груп населення. Ці компетентності сприяють забезпеченню належної інформаційної підтримки та підтримки здоров'я уразливих груп, покращують результати інтервенцій та сприяють створенню більш справедливого та здорового суспільства.

Література

1. Слабкий, Г. О., Шафранський, В. В., Миронюк, І. С., Качала, Л. О., & Ратаніна, О. М. (2017). Інформаційно-роз'яснювальна діяльність, комунікація та соціальна мобілізація в інтересах здоров'я населення в рамках системи громадського здоров'я. Україна. Здоров'я нації, 3 (69), 246-254.

2. Миронюк, І. С., Погоріляк, Р. Ю. (2022). Розвиток науки про комунікації в охороні здоров'я України: аналітичний огляд. Україна. Здоров'я нації, 4 (70), 43-48.

3. Mercer, S. L., Green, L. W., Rosenthal, A. C., & Husten, C. (2017). Measuring the Competencies and Attributes of Public Health Systems: An Exploratory Factor Analysis. *Journal of Public Health Management and Practice*, 23(6), e1-e8.

4. Wakefield, M. A., Loken, B., & Hornik, R. C. (2010). Use of mass media campaigns to change health behaviour. *The Lancet*, 376(9748), 1261-1271.

5. Noar, S. M., Palmgreen, P., Chabot, M., Dobransky, N., & Zimmerman, R. S. (2009). A 10-Year Systematic Review of HIV/AIDS Mass Communication Campaigns: Have We Made Progress? *Journal of Health Communication*, 14(1), 15-42.

6. Wray, R. J., Vijaykumar, S., Jupka, K., Zellin, S., Shahid, M., Mendoza, M. C., & Nyitray, A. (2014). Strategies for reaching diverse populations: A qualitative review of breast and cervical cancer screening outreach and education. *Journal of Community Health*, 39(4), 863-870.

7. Paek, H. J., & Pan, Z. (2008). New media technology and health promotion: Opportunities and challenges. In R. C. Hornik (Ed.), *Public Health Communication: Evidence for Behavior Change* (pp. 325-344). Lawrence Erlbaum Associates.

ВПЛИВ СИТУАЦІЙ ГЛОБАЛЬНОГО ХАРАКТЕРУ НА СТАН ЗДОРОВ'Я ОКРЕМИХ ГРУП НАСЕЛЕННЯ

Ольга МАЛЬЦЕВА

ДВНЗ Ужгородський національний університет,

Світлана САМОЙЛЕНКО,

Марія ГОМОНАЙ,

Яна СТЯПКО

*Комунальне некомерційне підприємство «Ужгородська
міська поліклініка» Ужгородської міської ради*

Актуальність проблеми. В умовах ситуації глобального характеру (військові дії) великі групи населення вимушені залишати домівки і довгий час перебувати в умовах тимчасового проживання. Зміни у стані фізичного здоров'я, причиною яких є хронічна соматична патологія, ускладнюються порушеннями адаптивних регуляторних систем на різних рівнях (серцево-судинна, дихальна, травна, нервова системи). Основні клінічні прояви хвороби супроводжуються і комплексом ознак психоемоційних порушень (ПЕП), що спричинює часткову дезадаптацію особи, порушується гармонійний внутрішній світ особистості (психоемоційна перевтома, напруження та роздратування). Числені дослідження людської сумісності підтверджують розмаїття саме психотравмуючих факторів: пристосування людей одна до одної, різного ступеня та виразності психоемоційні напруження, та емоційні стани (як реакції на окремі події), зниження прагнень до самореалізації та самовдосконалення [1, С. 148-157, 2, С. 261–262].

Щорічні рецидиви у перебігу таких хронічних захворювань, як виразкова хвороба шлунка (ВХШ) та виразкова хвороба дванадцятипалої кишки (ВХДК), бронхіальна астма (БА), призводять до формування «замкненого кола» в перебігу хвороби, стають причиною формування ПЕП, зі характерними проявами: неврівноваженість, невпевненість у собі, безвідповідальність, викривлення критичного

мислення; низькими були адаптованість та загальна активність, самоконтроль [3, с. 6-11; 4, С. 184-190; 5, С. 15-39, С. 97-407].

Аналогічні показники відмічені в роботах інших науковців: підвищення або пригнічення фізичної активності, тривожність, зміни настрою та таких властивостей як пам'ять, сприймання, відчуття, концентрації уваги. Обстеження підтвердило досить низьку товариськість, часто нетактовність частини пацієнтів при спілкуванні, недостатню активність у міжособистісних відносинах, невірноваженість при спілкуванні з іншими людьми, зменшення працездатності та всебічної активності («нічого не хочу»), ініціативності [6, С. 32-48, 7, С. 134-143].

Серед основних напрямків стратегії з охорони здоров'я населення загалом передбачено необхідність підвищення якості реабілітаційних заходів, підтверджено ефективність наукових розробок щодо терапії та реабілітації хронічних захворювань шляхом запровадження програми самодопомоги з елементами психокорекції патогенетичного спрямування у комплексі методик реабілітації для хворих із патологією травної та дихальної систем. Тому нові методи фізичної реабілітації (ФР) заслуговують на увагу і потребують детального вивчення можливостей їхнього застосування [8, С. 18- 33, 9, С. 95-98].

У формуванні комплексів оздоровлення пацієнтів значна роль відводиться сімейним лікарям, вузьким спеціалістам (сімейному лікарю, гастроентерологу, пульмонологу зокрема), що мають великий досвід використання нетрадиційних, природних чинників для терапії, попередження загострень та можливих ускладнень у перебігу хвороби.

Мета та завдання. Вивчити ефективність методик реабілітації хворих зі хронічною соматичною патологією, що постраждали після перенесеної кризової ситуації глобального порядку (військові дії). Завдання дослідження: вивчити стан здоров'я окремих груп пацієнтів (ВХШ, ВХДК, БА), провести порівняння ефективності окремих методик реабілітації.

Виклад основного матеріалу. Для вирішення поставлених завдань були проведені стандартні клініко-лабораторні та окремі

функціональні обстеження. Зміни психоемоційного стану досліджувались шляхом опитування пацієнтів у формі анкетування (за згодою пацієнтів). Під наглядом знаходились окремі групи хворих ВХШ, ВХДК, БА. Одна група – 78 пацієнтів, що проживають протягом багатьох років (все життя) у даній місцевості (28 хворих ВХШ та 24 хворих ВХДК, 26 хворих БА) і знаходяться на обліку у місцевих закладах охорони здоров'я. Друга група – 36 пацієнтів, що стали на облік після переїзду з регіонів бойових дій і тимчасово проживають у даній місцевості: 11 хворих ВХШ та 13 хворих ВХДК, 12 хворих БА. Усі хворі перебували у фазі неповної ремісії захворювання, пройшли співбесіду і погодились на обстеження, з наступним виконанням запропонованих їм практичних рекомендацій.

Пацієнтам обох груп був рекомендований ідентичний комплекс методик реабілітації, що включав дієтотерапію, фітотерапію. Обов'язковими до виконання були помірні фізичні навантаження (виконання фізичних вправ, ходіння), фізична активність (як елемент психогігієнічної гімнастики, для емоційного вирівнювання і тренування вищих нервових функцій), працетерапія (роботи на свіжому повітрі - присадибна ділянка, город, прогулянки (під час м'язової роботи виділяється багато енергії, необхідної для нормального функціонування клітин організму, для відновлення пошкоджених клітин).

При розробці комплексу методик реабілітації були дотримані основні принципи корекції ПЕП: індивідуалізація роботи з пацієнтом на підставі результатів дослідження його особистісних характеристик: особливостей емоційної сфери; вираженості психоемоційного напруження; механізмів неусвідомлюваного захисту. При проведенні бесід використовували основні прийоми психопрофілактики: сформувати у пацієнтів адекватне відношення до хвороби, тому що формування невірної концепції про свою хворобу є значним негативним моментом процесу реабілітації. Зконцентрувати зусилля не тільки на усуненні хворобливих симптомів, але і змінити ставлення до хвороби, що сприятиме позитивним змінам, підвищенню стресостійкості. Переключити

інтереси хворого на нові перспективи, життєві плани і взаємовідносини, викликаючи у пацієнта позитивні емоції. Обов'язковими були: добровільна активна (по можливості, враховуючи стан пригніченості) участь пацієнта в заняттях; тактовність поведінки персоналу, недопустимість зниження самооцінки пацієнтом в процесі реабілітації.

При поступленні хворі в обох групах за важкістю та перебігом хвороби, тобто комплексом клінічних, лабораторних, функціональних показників, - були приблизно однаковими.

Аналіз результатів дослідження показав неоднозначність впливу комплексу реабілітації в групах хворих. В другій групі обстежених перераховані заходи не змогли забезпечити швидке повернення стану здоров'я пацієнтів до показників норми. Усунення причин і умов виникнення стресу, тобто переїзд в інший регіон, зміна місця проживання (тимчасове житло), що спричинили виникнення, загострення або рецидив захворювання, пов'язані із неодноразово повторюваними стресовими ситуаціями, які обстежувані особи пережили (проживання у зоні воєнних дій, руйнування житла та знищення майна, переживання за близьких та рідних, що знаходяться поряд або захищають країну) – не ліквідували причину психоемоційних порушень, однак трохи зменшили душевну біль. Адже хворі другої групи переживали втрату друзів, поранення та смерть, ці ситуації підсилювалися негативним очікуваннями (це призводить до граничної напруги людини, порушення її звичайної поведінки).

Психологічні особливості внутрішньої картини здоров'я в осіб, що мають хронічну соматичну патологію, в умовах воєнних дій, змінилися. Обстежені громадяни, що проживали на той час на територіях з обстрілами та боями, не були психологічно до цього підготовленими, їхнє здоров'я зазнало негативного впливу. Зменшився рівень саморегуляції (здатність адекватно оцінювати свої сили та свідомо контролювати свої емоції, поведінку, налагоджувати стосунки з колегами та вирішувати конфлікти).

Повторне опитування підтвердило ефективність запропонованого комплексу відновлення (патогенетичного спрямування). Покращилась комунікабельність, впевненість, вміння зосереджуватися (конфігурація психічних властивостей). Підвищилось вміння планувати життєві цілі, аналізувати свої вчинки, відчуття обов'язку, сформувались нові взаємозв'язки зі своїм оточенням (показники якості протікання психічних процесів та станів). Адекватні форми реагування на екстремальну ситуацію (готовність діяти, сила волі, колективізм, вміння вчасно заспокоїтися). Важливу роль у формуванні психологічної стійкості виконує освіта (оволодіння певними знаннями, вміннями й навичками, які зможуть навчити особистість адекватно реагувати в екстремальній ситуації). Більш вагомими результати були в групах, що не зазнали впливу ситуацій глобального характеру.

Висновки. Проведені дослідження підтвердили: основою заходів відновлення здоров'я при будь-якій патології внутрішніх органів зі ознаками ПЕП, є також і використання методик, програми самопомоги з елементами психокорекції патогенетичного спрямування. Усунення причин і умов, що спричиняють виникнення, загострення або рецидив захворювання у період військового стану, унеможлиблюють повне відновлення здоров'я, а допомога окремих медичних працівників загального профілю є недостатньою для ліквідації стресової ситуації, подовженої у часі.

Комплекс медичних, профілактичних, соціально-економічних, педагогічних, психологічних методик та прийомів, спрямованих на збереження та підвищення компенсаторно-адаптаційних здібностей організму осіб, що перебували (проживали) в регіонах ведення військових дій, потребує, в окремих випадках, обов'язкового залучення спеціалізованої психіатричної консультації та подальшої допомоги.

Література

1. Губенко І. Я., Карнацька О. С., Шевченко О. Т. Основи загальної і медичної психології, психічного здоров'я та

міжособового спілкування : підручник. Вид. 3-є. Київ : Медицина. 2021. 310 с.

2. Карпюк І. Ю., Обезюк Т. К. Основи здорового способу життя. Практичні заняття: навч. посіб. Київ : КПІ ім. Ігоря Сікорського. 2022. 419 с.

Хімійон Л. В., Яценко О. Б., Данилюк С. В, Ситюк Т. О. Сучасні підходи до діагностики та ведення хворих на виразкову хворобу шлунка та дванадцятипалої кишки на первинному рівні медичної допомоги. Сімейна медицина. (2018). №1(75). С. 6-11.

4. Савченко М.Є., Індіченко Л.С. Фізична реабілітація при захворюваннях органів дихання Актуальні проблеми медико-біологічного забезпечення фізичної культури, спорту та фізичної реабілітації: зб.матеріалів V Міжн. наук.-практ. інтернет-конф. Харків: Харківська державна академія фізичної культури. 2019. С.184-190.

5. Вороненко Ю., Шекера О., Хімійон Л. Актуальні питання внутрішніх хвороб у практиці сімейного лікаря : навчальний посібник. Київ : Заславський А. Ю. 2018. 470 с.

6. Зливков В. Л., Лукомська С. О., Федан О. В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. К.: Педагогічна думка. 2016. 219 с.

7. Мальцева О. Б., Дуб М. М., Качанова В. В., та ін. Особливість психологічного супроводу хворих на хронічний гастрит та виразкову хворобу шлунку. «Теорія, практика, зміст інноваційних технологій в сучасній науковій думці» : матеріали наук.-практ. конф. (10. 11. 2017). Науковий вісник інноваційних технологій. м. Кривий Ріг. Україна 2017. С. 134-143.

8. Скориніна-Погребна О.В. Психологічна допомога в кризових та екстремальних ситуаціях. Харків: НУЦЗ України 2016. 90 с.

9. Шуляк К. О. Кальницька К. О. Психологічна стійкість як чинник адекватної форми реагування в екстремальній ситуації Юність науки – 2018: соціально-економічні та гуманітарні аспекти розвитку суспільства. Зб. тез Міжнар. Наук.-практ. конф. Ч. 2. (11-12. 04. 2018). м. Чернігів : Чернігівський національний технологічний університет. 2018. С. 95-98.

СТОМАТОЛОГІЧНЕ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ ЗАКАРПАТТЯ ЯК НАПРЯМОК ПРИКЛАДНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ: МІСЦЕ В ГЛОБАЛЬНИХ ПРОЦЕСАХ ТА ПЕРСПЕКТИВИ

*Юрій МОЧАЛОВ,
Марія КУЛИНИЧ,
Сергій ЦУПЕРЯК,
Мар'ян ДОМИЩЕ*

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Актуальність проблеми. З точки зору екології та громадського здоров'я сьогодні відомо, що стан здоров'я населення визначається впливом цілого комплексу факторів – соціальних (освіта, професія та ін.), біологічних (спадковість, стать), кліматичних (інсоляція, геомагнітні впливи, температури навколишнього середовища), екологічних (повітря, вода, ґрунт, промислові забруднення), медико-організаційних (доступність, якість медичної допомоги), поведінкових (спосіб життя), економічних (рівень доходу, соціальний статус родини), психологічних та інших чинників. Вектори впливу різних чинників на здоров'я населення й окремо взятого індивіда можуть бути різноспрямованими, і спричиняти як негативні, так і позитивні ефекти. Доволі часто природні умови можуть формувати звички та надалі спосіб життя людини.

З протилежної точки зору – валеоцентричного підходу, – фактори, що впливають на стан здоров'я, і стоматологічного також, повинні бути згруповані в 4 групи: екологічні (25,0%), біологічні (25,0%), соціальні (включають також медицину і організацію охорони здоров'я (25,0%) і особистісні чинники, що визначають мотивацію до здорового способу життя й культури здоров'я (25,0%). Окремим фактором, який опосередковано впливає на стан здоров'я через харчування є мікроелементний склад навколишнього середовища, в якому перебуває людина. Протягом останніх десятиліть мікроелементози і зумовлені ними патологічні стани і

захворювання стали вагомою складовою групи факторів ризику розвитку стоматологічної патології. Серед таких факторів за певних умов з'являється стан навколишнього середовища (особливо біогеохімічної провінції), в якому мешкає людина, названий мікроелементозами, при якому в природних умовах знаходиться недостатня або надлишкова кількість окремих необхідних мікроелементів, зокрема у питній воді та ґрунті, внаслідок чого виникає дефіцит або дисбаланс вживаних людиною хімічних елементів [1-3].

Мета та завдання: на основі бібліосемантичного аналізу доступних джерел науково-медичної інформації окреслити перелік проведених прикладних досліджень, присвячених стоматологічному здоров'ю населення Закарпаття в аспектах екології, стоматології та соціальної медицини.

Виклад основного матеріалу. Закарпаття, як географічно відокремлений регіон України, має ряд несприятливих природних факторів для стоматологічного здоров'я – перш за все, біогеохімічний дефіцит фтору та йоду. Ряд досліджень, проведених в регіоні та в подібних за мінеральним складом біогеохімічних провінціях світу виявили особливий характер перебігу каріозних уражень зубів у автохтонного населення. Також, наявна інформація, яка вказує на додатковий несприятливий вплив факторів забруднення навколишнього середовища на розвиток карієсу зубів, зокрема щодо непрямого впливу на рівень місцевого і загального імунітету. Дослідження Н. О. Крюченко і співавт. (2009), виконані на основі багаторічної праці співробітників Інституту гігієни та медичної екології ім. О. М. Марзєєва НАМН України та Інституту геохімії, мінералогії та рудоутворення ім. М.П. Семененка НАН України вказують, що на території Закарпаття води містять мінімальну кількість фтору (менш як 0,2 мг/л), ґрунти – $3 \times 10^{-2} \%$, що приводить до збільшення частоти та виникнення та прогресування карієсу зубів у населення. Для геохімії фтору велике значення має погана розчинність CaF_2 ($2,1 \times 10^{-3} \%$), тому фтор може осідати на кальцієвому бар'єрі і таким чином випадати із

природного колообігу хімічних елементів. Відомо, що підземні води, на які так багате Закарпаття, за своїм складом є переважно гідрокарбонатно-кальцієві, а кальцій і фтор є антагоністами. При аналізі розповсюдження уражень щитоподібної залози та карієсу в регіоні серед дорослого і дитячого населення доходимо висновку, що все населення схильне до цих захворювань [4].

Проведені експериментальні та епідеміологічні дослідження І.П. Горзова, в плані оцінки рівня стоматологічного здоров'я у населення Закарпаття, свого часу були унікальними. На підставі ретельного аналізу біогеохімічної провінції Закарпаття, що поєднує в собі дефіцит фтору і йоду, автор виявив високу поширеність (96,7%) і інтенсивність карієсу (5,7) у дітей 12 років. І.П. Горзов установив негативний вплив фтористо-йодної комбінованої недостатності на дозрівання емалі зубів у дітей, що супроводжувалося зниженням йодної (гормональної) та фторної забезпеченості організму, викликало дисбаланс білкового обміну, зменшення вмісту мінеральних компонентів в емалі зуба, що на фінальному етапі призводило до порушення її формування і дозрівання [5].

Дослідження А.М. Політун, проведені через деякий період часу на теренах Закарпаття, охоплювали оцінку впливу комбінованого дефіциту фтору та йоду на виникнення і перебіг захворювань пародонту в населення. Автор виявила, що поширеність пародонтопатій в регіоні досягала 53,0%. При цьому, доволі активно виникали ураження у пацієнтів молодого віку – у школярів до 39,0%, в пубертатному віці, в підгрупі 13–15 років – 8,0%, 16–18 років – 11,0%. В пізніший період (майже на зламі тисячоліть) спільні роботи І.П. Горзова, А.М. Політун та А.М. Потапчука були присвячені аспектам комплексної профілактики карієсу зубів у дітей – залучення школярів до програм гігієнічного навчання, застосування окремих харчових продуктів з профілактичною метою [5,6].

Згодом, Р.В. Казакова, разом зі співробітниками кафедри дитячої стоматології УжНУ, досліджували епідеміологічні аспекти

стоматологічних захворювань у дітей в Закарпатті, та оцінювали вплив несприятливих факторів на цей процес. Із зазначених робіт відомо, що гіпотетичний негативний вплив способу життя на стоматологічне здоров'я дітей Закарпаття становить більше, ніж 35%, геохімічних чинників – 35%, кліматичних – 19%, медичних – близько 11%. Проведені епідеміологічні дослідження продемонстрували, що поширеність карієсу у дітей-підлітків віком від 12 до 15 років становила 96– 99%, при рівні інтенсивності карієсу (КПВ) – 5,2–5,3. А здоровий пародонт було знайдено лише у 8,0% пацієнтів. Окремими напрямками були дослідження особливостей перебігу стоматологічних захворювань у пацієнтів з ураженнями шлунково-кишкового тракту, оскільки такий різновид нозологічних форм має високу поширеність в регіоні [7].

Роботи І.М. Рогача та співавт., в рамках гігієнічних та екологічних досліджень вказують на нерівномірний розподіл концентрацій фтору в різних районах Закарпаття. Подібними результатами можуть «похвалитися» дослідження, проведені О.В. Ферою та співавт., відповідно до яких було проведено умовне районування Закарпатської області як біогеохімічної провінції за вмістом фтору та йоду. Відповідно, високі рівні вмісту йоду в питній воді було відзначено в низинній зоні області (Ужгородський район – 4,1–4,5 мкг/л), проте в Мукачівському і Берегівському районах такий показник був нижчий (1,5–1,9 мкг/л), а в джерелах водопостачання Виноградівського району він зменшувався у 2 рази (1,0 мкг/л). В Закарпатті, в передгірних районах рівень йоду у воді відкритих водойм нижчий, ніж у низинних. Найнижчі рівні йоду виявлені у Свалявському та в Берегівському районах. Дослідження вмісту фтору в ґрунті трьох біогеохімічних зон Закарпаття показало, що середня величина його складала $18,7 \pm 1,6$ мг%. Проте в окремих районах кожної біогеохімічної зони виявляються коливання показника в широких межах. Концентрація фтору в ґрунтах низинної зони складала 4,0–33,0 мг%, передгірської – 10,0–27,0 мг%, гірської – 12,7–35,0 мг%. Аналіз харчових раціонів жителів різних біогеохімічних зон показав, що середній вміст

фтору в них складає 0,52 мг/добу. З них: в низинній зоні – 0,54; передгірській – 0,57 і гірській – 0,47 [8,9].

Одними з останніх ґрунтовних і масових досліджень, проведених в регіоні, є роботи О.В. Клітинської та співробітників кафедри стоматології дитячого віку УжНУ, де висвітлені регіональні аспекти проблеми епідеміології карієсу зубів та уражень пародонту у школярів. Встановлено, що поширеність карієсу тимчасових зубів досягала 98,3%, постійних – 91,4%. Компенсований карієс було виявлено у 29,0 % пацієнтів, субкомпенсований – 18,0%, декомпенсований – 24,0%. Індекс РМА (Массер-Парма) у дітей 5–6 років був на рівні 21,3%, – у дітей-підлітків у 15 років – 49,7%. Більш ніж половина досліджених мали різноманітні аномалії прикусу, і менш як 10,0% серед них перебували на ортодонтичному лікуванні. Діти в регіоні мають особливі харчові вподобання, які не сприяють стоматологічному здоров'ю – вживання великої кількості легких вуглеводів, менше овочів, м'яса та риби. Проведені дослідження мікроелементного складу організму виявили, що пацієнти закритих дитячих освітніх закладів із компенсованою і декомпенсованою формами карієсу зубів мали достовірно знижений рівень кальцію, критично низький рівень йоду, цинку, хрому, марганцю і селену, також, відзначалося збільшення рівня стронцію. Такі результати вказують на більш специфічний і складний характер біогеохімічної провінції, котрим є Закарпаття. У тих же пацієнтів були виявлені порушення складу слини, зниження слиновиділення та буферної ємності слини, підвищення її в'язкості, збільшення рівня йонізованого кальцію слини та зменшення рівня фосфату. Бактеріологічні дослідження показали, що найчастіше в осіб з декомпенсованим і субкомпенсованим перебігом карієсу з молочнокислих мікроорганізмів в ротовій рідині зустрічався *Streptococcus sobrinus*, з високим рівнем резистентності до протимікробних засобів. Зазначений мікроорганізм виявився чутливим до бактеріостатичної дії композицій з екстрактів червоної смородини, вишні, журавлини та йошти. В цьому є потенціал до вдосконалення раціону в

населення. Розроблена ефективна модель профілактики карієсу у дітей регіону мала поєднання гігієнічного навчання школярів і дошкільнят, немедикаментозної ендогенної профілактики, раннє виявлення і лікування карієсу, екзогенну медикаментозну профілактику карієсу, а також корекцію харчування [10,11].

Висновки. Таким чином, за даними більшості досліджень, стоматологічне здоров'я населення, яке проживає на територіях біогеохімічних провінцій, зазнає додаткових ризиків, зумовлених прямим та опосередкованим впливом дефіцитів у навколишньому середовищі визначених хімічних елементів. Стосовно Закарпаття, то такими елементами є йод і фтор. Поряд із тим, на поширеність карієсу та захворювань пародонта також впливає ціла плеяда факторів, пов'язаних зі здоров'ям самої людини, також соціальні, культурні, та соціально-економічні, такі питання на території Закарпаття на сьогодні не досліджувалися. Окремим важливим фактором є стан забруднення навколишнього середовища. Іншим питанням є можливість компенсації природних дефіцитів елементів у харчових продуктах та питній воді шляхом завезення таких із нормальним мікроелементним складом з інших територій. Все це складає додаткові фактори та умови, які можуть впливати на ефективність профілактики стоматологічних захворювань у населення.

Ключові слова: стоматологічне здоров'я, розвиток, соціальні та екологічні аспекти, напрямок наукових досліджень.

Література

1. Kalinitchenko V.P., Glinushkin A.P., Minkina T.M. Intra-soil waste recycling provides safety of environment. *Environ Geochem Health*. 2022. №44(4). P.1355–1376. doi:10.1007/s10653-021-01023-9
2. Остапко О. І. Вплив чинників довкілля на рівень стоматологічного здоров'я дітей України. *Науковий вісник Національного медичного університету імені О. О. Богомольця*. 2007. С. 162–164.

3. Мартинчик А.Н., Маев І.В., Янушевич О.О. Общая нутрициология: Учебное пособие. М.: МЕДпресс-информ, 2005.392 с.
4. *Крюченко Н.О., Папарига П.С., Осадчук Ю.К.* Біогеохімічні провінції Закарпаття. *Пошукова та екологічна геохімія*. 2009. № 1(9). С. 53 – 55.
5. Горзов І.П., Потапчук А.М. Екологічні аспекти карієсу зубів та хвороб пародонту. Ужгород: Патент, 1998. 225 с.
6. Політун А.М. Епідеміологія, особливості розвитку хвороб пародонта і їх профілактика в умовах біогеохімічного дефіциту фтору та йоду : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня докт. мед. наук. Київ, 1996.49 с.
7. Казакова Р.В., Мельник В.С., Білищук М.В. Порівняльний аналіз показників карієсу зубів і захворювань тканин пародонта у підлітків, які проживають у різних екологічних умовах. *Новини стоматології*. 2013. № 1. С. 78–79.
8. Рогач І.М., Єрем Т.В., Єрем Х.В. Біогеохімія мікроелемента флуору в Закарпатському регіоні України. *ENVIRONMENT & HEALTH*. 2015. № 3. С. 13–16.
9. Фера О.В., Керецман А.О., Фера М.О. Обґрунтування системних заходів по первинній профілактиці захворювань і охороні довкілля Закарпаття. Науковий вісник Ужгородського національного університету. Сер.: Медицина. 2010. Вип. 39. С. 186–188.
10. Клітинська О.В., Бутрій Н.В. Мікроелементний складу організму дітей, які проживають в гірському районі Закарпаття та визначення шляхів його ендогенної корекції. *Вісник проблем біології і медицини*. 2014. Вип. 1. С. 134–138.
11. Еліашова А., Мочалов Ю.О., Клітинська О.В., Розлуцька В.З. Вихідні умови для застосування раціональної моделі профілактики стоматологічних захворювань в Україні. *Молодий вчений*. 2015. №. 6 (21), ч. 3. С. 67–69.

ОСОБЛИВОСТІ ВПЛИВУ СИТУАЦІЙ ГЛОБАЛЬНОГО ХАРАКТЕРУ НА СТАН ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ

Тетяна ПАЛЬКО

ДВНЗ «Ужгородський національний університет

На стан здоров'я населення впливає багато факторів, серед яких: демографічна ситуація, духовний та культурний рівні, матеріальне становище, соціальні відносини, конфлікти, засоби масової інформації, урбанізація та темпи індустріалізації, але найбільш відчутний вплив здійснює стан середовища, особливо, якщо це стосується ситуацій глобального характеру.

Вивчення питань здоров'я та його охорони входило до досліджень фахівців різних галузей: філософів, соціологів, психологів, економістів, юристів, політологів тощо. Насправді, здоров'я нації повинно розглядатись як філософська, соціальна, психологічна, економічна, біологічна, медична категорії і не тільки. Воно має бути динамічним, постійно взаємодіючим з навколишнім середовищем об'єктом, яке, у свою чергу, постійно змінюється. «Нині здоров'я розглядають як складну біомедичну, соціальну, філософську та економічну категорію, детермінанту суспільного розвитку та показник ефективності державного урядування» [1].

Метою дослідження є вивчення особливостей впливу ситуацій глобального характеру на стан здоров'я населення, в тому числі результату руйнування Каховської ГЕС на стан здоров'я населення, ризиків для здоров'я як ймовірність настання небажаних наслідків для здоров'я, що настає за наявності чинників глобального характеру.

Війна в Україні, розпочата росією, призвела до погіршення стану здоров'я українського населення, а саме (за даними ВООЗ): ментальне виснаження, ослаблення імунітету, поширення серцево-судинних хвороб, психосоматичних хвороб [2]. Війна вплинула на психоемоційний стан людей – збільшилася кількість тривожних та депресивних станів, психосоматичних проявів (шлунково-кишкові

розлади, головні болі, стрибки артеріального тиску, алергічні реакції, порушення сну тощо) неконтрольованої агресії, насильства, психічні посттравматичні стресові розлади, схильності до зловживання алкоголем і наркотичними засобами, суїцидальних думок, що супроводжуються переживанням втрати: близьких, дому, ідентичності.

Сьогодні в Україні, як ніколи гостро, постало питання формування концепції «new public health» («нового громадського здоров'я»), яке розглядає охорону здоров'я як комплексне явище, що виходить за межі впливу на медичні служби. Дж. Ештон зазначав, що: «Громадське здоров'я – це наука та мистецтво попередження захворювань, продовження життя та зміцнення здоров'я за допомогою організованих зусиль суспільства» [3. с. 232]. Небезпеку для здоров'я людини можуть становити раптова загроза або загроза в перспективі, завдана певними явищами чи процесами, об'єктами або джерелами, такими, як руйнування Каховської ГЕС. Внаслідок руйнування Каховської ГЕС піддаються ризику тисячі мирних жителів і завдається серйозна шкода довкіллю. Це обурливий акт, який ще раз демонструє жорстокість війни РФ в Україні. Наслідки руйнації можуть бути катастрофічними. Через черговий злочин російських терористів у зоні підтоплення опинилися понад 80 населених пунктів. На жаль, кількість руйнувань, можливо, збільшиться.

Підрив ГЕС означає, що величезна маса води затопила системи каналізації, звалища токсичних відходів, полігони побутових відходів, могильники й т.і. Крім цього це сотні тисяч загіблх тварин. Насамперед це означатиме ризики епідемій таких як, холера. У перспективі для мешканців найближчих областей можуть бути проблеми з питною водою. На Херсонщині та деяких районах Запоріжжя через стрімке падіння рівня води спостерігатиметься мор риби – вживати таку рибу категорично заборонено, оскільки є ризик захворювання на ботулізм.

Задля вчасної і правильної системи реакцій на небезпеку для здоров'я людини, яка сталася внаслідок цієї ситуації глобального

характеру повинна бути створена ефективна система реагування на небезпечні ризики, яка би включала механізм реагування на небезпечні фактори та надзвичайні ситуації у сфері громадського здоров'я.

Важливим фактором, без якого неможливе повноцінне функціонування системи громадського здоров'я є проведення профілактичних заходів. Профілактика громадського здоров'я повинна включати:

- стимулювання населення слідкувати за власним здоров'ям (проводячи огляди стану здоров'я у пересувних пунктах надання першої медичної допомоги) та актуалізувати важливість ментального здоров'я;

- маркування харчових продуктів та роз'яснення важливості правильного харчування для дітей та дорослих, акцентування на рівні вмісту вітамінів та мікроелементів у продуктах харчування, зокрема призначених для харчування дітей, але також і дорослих.

За цих умов важливо проводити роз'яснювальну роботу серед населення, яке опинилося на підтоплених територіях з метою зниження ризику виникнення інфекційних захворювань, а саме: використання тільки бутильованої або привозної води, кип'ятіння води, дезінфекція, відмова від продуктів, які були підтоплені водою, не використовувати одяг, який був забруднений під час підтоплення, без прання та дезінфекції і т.і.

Також важливим елементом системи громадського здоров'я є епідеміологічний нагляд, який здійснюється для оцінки і прийняття відповідних заходів у сфері громадського здоров'я. Епідеміологічний нагляд дозволяє проводити прогнозування поширення епідемій не тільки найближчими роками, але й небезпечних захворювань у майбутньому.

Руйнування Каховської ГЕС, крім зазначених вище проблем, буде мати значний вплив на психічне здоров'я людей: незапланована міграція, втрата домівок, грошей, стабільної роботи, а надто – близьких людей – це не повний перелік тих факторів, які загрожують українцям, викликаючи психічні розлади. У зв'язку з

цим фахівці, які досліджують психічне здоров'я, вказують на доцільність цілеспрямованих, негайних та ефективних втручань психолога одразу після травми або кризи з метою зменшення гострих стресових реакцій, на обов'язкове проведення терапевтичних і профілактичних заходів, наполягають на посиленні соціальної підтримки з метою повернення до нормального функціонування людей, котрі зазнали травмуючого впливу, а також з метою зниження ризику появи симптомів посттравматичного стресового розладу в майбутньому.

Отже, психічне і фізичне здоров'я взаємопов'язані, саме тому варто досліджувати їх разом. Наприклад, в оновленій Міжнародній класифікації хвороб (МКХ) хвороби, які раніше розглядали як суто психічні, зараз відносяться до нейробіологічних. Тобто психічні проблеми можуть бути спровоковані особливою будовою мозку людини. Далі кількість досліджень у цій сфері лише зростатиме.

Література

1. Семигіна Т. В. Охорона здоров'я в суперечливих умовах глобалізації-локалізації/ НАУКОВІ ЗАПИСКИ НаУКМА. Том 121. Політичні науки.
2. ПТСР та загострення хронічних хвороб: як війна вплине на здоров'я українців. URL: <https://www.slovoidilo.ua/2022/11/01/infografika/suspilstvo/ptsr-ta-zahostrennya-xronichnyx-xvorob-yak-vijna-vplyne-zdorovya-ukrayincziv>
3. Ashton, John. Acheson: a missed opportunity for a new public health. *British Medical Journal*. 1988. № 296. P. 231–232.

ОСОБЛИВОСТІ СИСТЕМАТИЗАЦІЇ НАВЧАННЯ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ В УМОВАХ ВІЙНИ НА ПРИКЛАДІ ДІЯЛЬНОСТІ КАФЕДРИ ПАТОЛОГІЧНОЇ АНАТОМІЇ СУМСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО УНІВЕРСИТЕТУ

*Анатолій РОМАНЮК¹,
Владислав СІКОРА^{1,2},
Роман МОСКАЛЕНКО¹,
Євген КУЗЕНКО¹,
Микола ЛИНДІН¹,
Наталія ГИРЯВЕНКО¹,
Людмила КАРПЕНКО¹,
Артем ПІДДУБНИЙ¹,
Руслана ЧИЖМА¹*

¹ – Сумський державний університет, м. Суми, Україна

² – Офіс підтримки вченого

при Міністерстві освіти і науки України, Україна

Україна зазнала різкого перетворення від шумної прогресивної країни до зони бойового конфлікту. Війна розпочата російською федерацією в Україні з страшного кошмару перетворилася на шокуючу реальність. Воєнні дії серйозно підірвали стабільне життя українців, а постійні повідомлення проливають світло на їх жахливі наслідки для всіх нас, включаючи насильство та вбивства. Важко недооцінити вплив війни на українське здоров'я, освіту та інші соціально-економічні аспекти, а також численні кризи окремих галузей. Що ж стосується освіти, то війна значно ускладнила її якість як для здобувачів так і для співробітників навчальних закладів, включаючи зниження доступності освіти, переривання навчального процесу, переселення та психологічний вплив. У свою чергу Сумський державний університет гідно справився з усіма викликами та зробив все можливе для реалізації освітнього процесу у цих надзвичайно складних умовах.

Так, кафедра патологічної анатомії Сумського державного університету дистанційно забезпечувала ефективний процес навчання для студентів, використовуючи передові технології онлайн та мобільні додатки враховуючи виклики та потреби здобувачів. Дисципліна «Патоморфологія» є однією з ключових дисциплін в основній медичній освіті, яка вимагає освоєння великої кількості теоретичного та практичного матеріалу для розуміння процесів розвитку та перебігу різноманітних патологій. Тому, використання інтерактивних технологій кафедрою патологічної анатомії сприяло освоєнню складного матеріалу дистанційно. Для цього співробітники кафедри впровадили використання спеціальних начальних платформ з доступом до лекцій, онлайн лабораторій, переліком корисної літератури, теоретичними питаннями та тестовими завданнями для самоконтролю. У той же час, заняття проводились в режимі реального часу з використанням програм для організації відеоконференцій зі студентами під час яких викладачі також демонстрували студентам препарати для мікроскопної діагностики застосовуючи сучасні мікроскопи обладнані камерами та програмами виведення зображення. Крім того, кафедра активно використовує мобільні додатки з використанням візуальних матеріалів, що включають зображення патологічних змін у внутрішніх органах та питання для самоконтролю для поліпшення навчального процесу. Так, співробітниками кафедри патологічної анатомії було створено мобільний додаток «PathApp», який є втіленням багаторічного досвіду та передбачає чітке тематичне структурування навчального матеріалу з ілюстрацією зображень унікальних патологічних процесів у всіх внутрішніх органах з можливістю віддаленого доступу.

Отже, базуючись на комплексному підході до вирішення поставленої проблеми та чіткій організації, співробітники кафедри патологічної анатомії доклали максимум зусиль для забезпечення якісного освітнього процесу для здобувачів в умовах війни.

РОЛЬ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНИХ ТЕХНОЛОГІЙ В ОСВІТНЬОМУ СЕРЕДОВИЩІ ЗАКЛАДІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

Людмила РУСИН,

Ксенія МЕЛЕГА

ДВНЗ «Ужгородський національний університет

Актуальність. Актуальною проблемою сучасних закладів вищої освіти є якісне формування у здобувачів стійкої звички вести здоровий спосіб життя, який у свою чергу забезпечується компетентним освітнім процесом із застосуванням здоров'язбережувальних технологій. Відповідно до Закону України «Про вищу освіту» велика увага приділяється здоров'язбережувальним технологіям у освітньому середовищі [2; 4].

У основі публікацій досліджень вітчизняних та зарубіжних вчених, що торкаються проблеми здоров'язбереження в освітньому середовищі лежать особливості набуття навичок молодими людьми та деякі важливі аспекти здорового способу життя [2; 4].

Недостатньо уваги приділяється здоров'язбережувальним технологіям в умовах воєнного стану [1].

Мета проаналізувати проблему здоров'язбереження в освітньому середовищі закладів вищої освіти в умовах воєнного стану.

Виклад основного матеріалу. Сучасні фахівці різних галузей науки повинні володіти технологічним підходом щодо реалізації основних завдань соціального розвитку у сфері здоров'язбереження. Особлива роль у цьому процесі відводиться саме освітньому середовищу сучасних закладів вищої освіти, оскільки важливим завданням їхньої майбутньої професійної діяльності є як власне здоров'я, так й здоров'я їхніх близьких та здобувачів освіти [2,4].

З початком військових дій російської федерації на території України (від 24.02.2022) відбулися серйозні зміни в житті громадян,

які стосуються усіх сфер життя. В умовах воєнного стану освітній процес продовжується у дистанційному та змішаному форматі, в залежності від рівня безпеки в регіоні.

Дані української статистики констатують значне поширення шкідливих звичок серед молоді, яке збільшилося в умовах воєнного стану. Якщо проаналізувати результати дослідження щодо динаміки вживання алкоголю, наркотиків та поширеності тютюнопаління серед молоді 93 % дівчат і хлопців віком 17-18 років уже мають досвід вживання алкоголю та підмічають збільшення під час воєнного стану, 69 % – досвід тютюнопаління, ще 16 % – вже «спробували» марихуану. Найбільш поширеним як серед хлопців так і серед дівчат є вживання слабоалкогольних напоїв, енергетиків та пива (відповідно 78 % і 64,5 %) [5, 6].

Саме тому, влучно розроблені і впроваджені в практику здоров'язбережувальні технології у закладі вищої освіти може спонукати здобувачів вищої освіти до ведення здорового способу життя, навіть в умовах воєнного стану.

Вітчизняні дослідники Т. Воронцова, В. Пономаренко стверджують, що методика розвитку життєвих навичок має враховувати вікові та індивідуальні особливості здобувачів освіти, етнічні, релігійні та соціально-економічні аспекти їхнього життя, передбачати делікатне ставлення до гендерних питань. Навчання життєвих навичок повинно здійснюватися на прикладах ситуацій, близьких до реального життя здобувачів освіти [1,2].

Важлива роль у здоров'язбережувальному вихованні належить інформації, яка є необхідними для розуміння особистістю впливу на здоров'я, поведінку і спосіб життя людини різноманітних зовнішніх та внутрішніх чинників. Перевірені на практиці, знання перетворюються у переконання, які, своєю чергою, спрямовують поведінку і вольові дії особистості[4].

Аналізуючи наукові дослідження привертає увагу на той факт, що фізична активність і раціональне харчування запобігає появі надмірної ваги та вживанню алкоголю, тютюнопалінню, знижує рівень стресу. В результаті дослідження виявлено, що

поширення використання соціальних мереж є не на користь здоров'язбереженню [4].

Здоров'язбережувальні технології реалізуються через такі напрями освітньої діяльності закладів вищої освіти як створення умов для зміцнення здоров'я здобувачів освіти та їхнього гармонійного розвитку, організація освітнього процесу в умовах воєнного стану з урахуванням його психологічного та фізіологічного впливу[3].

Висновки.

1. Метою здоров'язбережувальних технологій в умовах воєнного стану є забезпечення фізичного, психічного, соціального та духовного благополуччя, що сприяють продуктивній діяльності.

2. Освітнє середовище закладів вищої освіти в умовах воєнного стану має сприяти формуванню програмних здоров'язбережувальних компетентностей.

3. Одним із завдань університетської освіти є створення умов для формування у здобувачів вищої освіти навичок, які сприятимуть збереженню здоров'я та активізації рухової діяльності.

Література

1. Бойчук Ю. Д., Зайцев В. О. Формування соціального здоров'я учнівської молоді у світлі завдань сучасної системи освіти. Сучасні здоров'язбережувальні технології: монографія. За загальною редакцією професора Ю. Д. Бойчука. Харків: Оригінал, 2018. С. 327–331.

2. Воронцова Т. В., Пономаренко В. С. та ін. Вчимося жити разом. Програма з розвитку соціальних навичок учнів основної і старшої школи в курсі «Основи здоров'я». Київ: Вид-во «Алатон», 2016. 32 с.

3. Грищенко С. В., Грищенко О. П., Єфремова О. П. Здоров'язбереження в професійній підготовці здобувачів вищої освіти спеціальності «081 – Право». Вісник Національного

університету «Чернігівський колегіум» імені Т.Г. Шевченка. Вип. 4 (168). Чернігів: НУЧК, 2021. С. 45–54.

4. Ковальова О. В., Цапко А. М., Прокоф'єва О. О., Грищенко С. В. Здоров'язбереження в освітньому середовищі закладів загальної середньої освіти. Вісник Луганського національного університету імені Тараса Шевченка. № 1(349). Ч. 1. 2022. С. 165–174.

5. Русин Л.П. Використання здоров'язбережувальних технологій в освітньому середовищі закладів вищої освіти/З.І. Удич, Л.П. Русин, Є.І. Шапаренко, С.В. Грищенко // Інноваційна педагогіка. 2022. – Вип. 48. Т.2. – С. 174 – 177.

6. Про вищу освіту: Закон України. Відомості Верховної Ради (ВВР), 2014, № 37–38, ст. 2004.

ОПТИМІЗАЦІЯ ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ ДЛЯ ЗБЕРЕЖЕННЯ ТА ЗМІЦНЕННЯ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ: ДОСВІД ТА МІЖНАРОДНЕ СПІВРОБІТНИЦТВО

Сергій СМІРНОВ

ДЗ «Луганський державний медичний університет»

м. Рівне, Україна

Оптимізація підготовки спеціалістів зі збереження та зміцнення здоров'я населення під час глобальних надзвичайних ситуацій, таких як пандемії, стихійні лиха, виклики зумовлені агресією РФ проти України чи інші кризи в галузі охорони громадського здоров'я, є критично важливим аспектом готовності та дієвості системи охорони здоров'я загалом. Ці надзвичайні ситуації часто вимагають швидкого реагування, спеціальних навичок та ефективної координації, щоб зупинити чи пом'якшити їх вплив на здоров'я населення. Оскільки світ стає все більш

взаємопов'язаним, оптимізація підготовки фахівців для роботи з такими ситуаціями є надзвичайно важливою.

Метою даного дослідження є підвищення обізнаності, необхідність виокремлення стратегії навчання із врахуванням сучасних реалій фахівців зі збереження та зміцнення здоров'я населення під час глобальних надзвичайних ситуацій.

Під час глобальних надзвичайних ситуацій, попит на спеціалізованих медичних працівників, включаючи лікарів, медсестер, епідеміологів, експертів із охорони здоров'я та команд реагування на стихійні лиха, значно зростає. Ефективне навчання спеціалістів відіграє життєво важливу роль у забезпеченні цих фахівців необхідними знаннями та навичками для ефективного реагування на виклики, що виникають. Це гарантує, що вони добре підготовлені до вирішення складних ситуацій, прийняття обґрунтованих рішень і впровадження відповідних заходів у життєвих реаліях, що швидко змінюються.

Україна зіштовхнулася з деякими із глобальних надзвичайних ситуацій, включаючи Чорнобильську катастрофу, Covid, наслідки агресії РФ проти України та поточні проблеми охорони здоров'я. Визначаючи необхідність комплексної підготовки фахівців, Україна зробила значні кроки для посилення готовності та можливостей реагування.

Законодавство України регулює реагування на надзвичайні ситуації та ступінь готовності до охорони здоров'я. Правовою базою для навчання спеціалістів та управління надзвичайними ситуаціями виступають Кодекс цивільного захисту України [1], Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [2], Закон України «Про екстрену медичну допомогу» [3] та ін.

Матеріали, що сприяють оптимізації підготовки спеціалістів у глобальних надзвичайних ситуаціях широко представлені на міжнародному рівні. Серед них: 1) «Глобальна навчальна лабораторія для якісного загального охоплення медичними послугами» – ця ініціатива Всесвітньої організації охорони

здоров'я (WHO) спрямована на підвищення знань і навичок медичних працівників, у тому числі спеціалістів, розвиток, координацію та розгортання медичних бригад під час реагування на надзвичайні ситуації та зміцнення системи охорони здоров'я. Вона містить навчальні модулі, тематичні дослідження та ресурси, що стосуються глобальних надзвичайних ситуацій [4]; 2) «Навчання готовності до надзвичайних ситуацій і реагування» – Центри з контролю та профілактики захворювань (CDC) пропонують низку навчальних ресурсів, розроблених для підвищення готовності та можливостей реагування медичних працівників. Ці ресурси охоплюють такі теми, як управління надзвичайними ситуаціями, лідерство в кризових ситуаціях, комунікація про ризики та етичні міркування в надзвичайних ситуаціях [5]; «Програма підготовки до надзвичайних ситуацій» – Міжнародна Федерація Товариств Червоного Хреста та Червоного Півмісяця (IFRC) надає навчальні програми, спрямовані на посилення навичок і знань медичних працівників, які беруть участь у реагуванні на надзвичайні ситуації. Ці програми охоплюють такі сфери, як медицина катастроф, контроль епідемій, психосоціальна підтримка та стійкість громадського здоров'я.

Імплементуючи передовий досвід зарубіжних колег та напрацювання українських спеціалістів національні установи розробили навчальні та освітні програми, спеціально розроблені для вирішення глобальних надзвичайних ситуацій. Національна академія медичних наук України та медичні університети пропонують спеціалізовані курси та сертифікацію з медицини катастроф, управління надзвичайними ситуаціями та надзвичайних ситуацій у сфері охорони здоров'я.

Комплексні навчальні програми мають застосовувати міждисциплінарний підхід, що охоплює різні галузі, такі як епідеміологія, екстрена медицина, боротьба зі стихійними лихами та психічне здоров'я. Такий підхід покращує співпрацю та сприяє цілісному розумінню реагування на надзвичайні ситуації, сприяючи ефективній командній роботі та комунікації. Цього можна досягти

за допомогою симуляцій, тематичних досліджень і спільних початкових програм із залученням кількох дисциплін.

Використання стимуляційних вправ і реалістичних сценаріїв може надати спеціалістам практичний досвід і навички прийняття рішень. Симуляції можуть відтворювати виклики та складність надзвичайних ситуацій, наприклад за допомогою новітнього програмного забезпечення, 3D візуалізації та окулярів віртуальної реальності, дозволяючи практикам відпрацьовувати свої ролі в безпечному та контрольованому середовищі.

Безперервне навчання та безперервний професійний розвиток є важливими для фахівців у надзвичайних ситуаціях. Регулярні оновлення знань та навичок щодо нових загроз, нових методів лікування та передового досвіду, що розвивається, слід включити до навчальних програм, щоб переконатися, що фахівці залишаються в курсі останніх і є добре підготовленими. Навчання новим технологіям, таким як телемедицина, штучний інтелект в епідеміології та програмне забезпечення для боротьби зі стихійними лихами, дає спеціалістам навички, необхідні для використання технологій для ефективного прийняття рішень і розподілу ресурсів.

Навчання спеціалістів має бути спрямоване на розвиток лідерських та управлінських навичок, що дозволяє фахівцям керувати командами, координувати зусилля та приймати важливі рішення під тиском обставин. Знання механізмів антикризового менеджменту, оцінки ризиків, і ефективні комунікаційні стратегії повинні бути у фокусі навчання. Спеціалізовані навчальні програми, які моделюють сценарії надзвичайних ситуацій і надають практичний досвід у прийнятті рішень і вирішенні проблем, можуть значно покращити навички лідерства та управління кризою.

Глобальні надзвичайні ситуації часто стосуються різних груп населення з різним культурним походженням та етичними міркуваннями. Спеціалізоване навчання має включати модулі, які сприяють культурній компетентності та чуйності для забезпечення

справедливого та інклюзивного надання медичної допомоги. Крім того, слід розглянути етичні дилеми, які можуть виникнути під час надзвичайних ситуацій, дозволяючи фахівцям орієнтуватися в складних ситуаціях, дотримуючись етичних стандартів.

Україна активно бере участь у міжнародній співпраці з метою оптимізації підготовки фахівців. Ініціативи співпраці з такими міжнародними суб'єктами, як Всесвітня організація охорони здоров'я і Європейський Союз, надають можливості для обміну знаннями, спільного використання ресурсів і проведення спільних тренінгів. Ці партнерства дозволяють Україні вивчати найкращі світові практики та адаптувати їх до місцевого контексту.

Виходячи із вище викладеного можна зробити висновок, що досвід України щодо оптимізації підготовки фахівців для збереження та зміцнення здоров'я населення під час надзвичайних ситуацій глобального масштабу є важливим тематичним дослідження. Завдяки законодавству, спеціальним програмам навчання та міжнародному співробітництву Україна досягла помітних успіхів у підвищенні готовності до охорони здоров'я. Подальші дослідження щодо оцінки ефективності навчання, міждисциплінарні підходи та міжнародна співпраця можуть сприяти поточним зусиллям щодо вдосконалення підготовки фахівців в Україні та інших країнах. Постійно вдосконалюючи та розширюючи навчальні програми, системи охорони здоров'я можуть краще підготувати фахівців для ефективного реагування та захисту благополуччя населення в глобальних надзвичайних ситуаціях.

Оптимізація підготовки фахівців зі збереження та зміцнення здоров'я населення в умовах глобальних надзвичайних ситуацій є безумовно важливою. Включаючи міждисциплінарні підходи, технічну компетентність, навички лідерства та управління в кризових ситуаціях, культурну компетентність та етичні міркування, спеціалізоване навчання може гарантувати, що медичні працівники добре оснащені для ефективного та результативного реагування на нові виклики. Наявність ресурсів, наданих такими

організаціями, як ВООЗ, CDC та IFRC у комплексі із національним законодавством та здобутками українських вчених та практиків, ще більше підтримує потребу в постійному навчання та розвитку в цій критично важливій сфері охорони здоров'я.

Література

1. Кодекс цивільного захисту України, редакція від 31.03.2023 № 5403-VI. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5403-17#Text>
2. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», редакція від 28.05.2023 № 2801-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>
3. Закон України «Про екстрену медичну допомогу», редакція від 30.12.2022 № 50-81-VI. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5081-17#Text>
4. World Health Organization. Global learning laboratory for quality universal health coverage: fourth global symposium on health systems research. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2017.4>
5. Centres for Disease Control and Prevention. Quick-Learn Lessons. URL: <https://www.cdc.gov/training/quicklearns/>
6. IFRC. Emergency health. URL: <https://www.ifrc.org/our-work/health-and-care/emergency-health>

ORGANIZATION OF THE EDUCATIONAL PROCESS IN A TEMPORARILY RELOCATED INSTITUTION OF HIGHER EDUCATION DURING THE IMPLEMENTATION OF A NEW STANDARD OF HIGHER EDUCATION: MODERN CHALLENGES AND PROSPECTS

Serhiy SMIRNOV,

Oksana OKSENYUK

State Enterprise “Luhansk State Medical University”, Rivne,

Valentyn SHAPOVALOV

State Enterprise “Luhansk State Medical University”, Rivne

*Public Organization “Association of Medical
and Pharmaceutical Law”, Kharkiv*

The educational process in higher education institutions of Ukraine has undergone decisive changes caused by the COVID-19 pandemic and large-scale hostilities on the territory of the country. The need to implement the latest methods of education for those seeking education has revealed certain difficulties in conducting educational classes, in particular, the inadequacy of the material and technical base of higher education institutions, software, training of scientific and pedagogical workers, etc. Given the specificity of the field of knowledge 22 "Health care", the transition to a distance format of education affected medical educational institutions especially acutely. A significant role in this was also played by the adoption by the Ministry of Education and Science of Ukraine of the Standard of higher education of the second (master's) level in specialty 226 "Pharmacy, industrial pharmacy" (hereinafter Standard) in November 2022. The development and adoption of this Standard was a long and complex process. Thus, the first edition of the Standard project was published back in 2017. However, a number of significant changes in educational legislation, changes in the names and numbers of fields of knowledge and specialties complicated the process of its approval in that period. Later, the Ministry of Health made efforts to agree on all positions and

reach the final version of the Standard project [1]. The approved Standard enters into force from the 2023/2024 academic year. By that time, all institutions of higher education that train masters in specialty 226 "Pharmacy, industrial pharmacy" must bring their educational programs into compliance with the standard [2].

The conducted studies are a fragment of the research work of the State Enterprise "Luhansk State Medical University" on the topic: "Conceptual interdisciplinary approaches to pharmaceutical supply and availability of medicines, taking into account organizational and legal, technological, analytical, pharmacognostic, forensic and pharmaceutical, clinical and pharmacological, of pharmaco-economic, marketing and socio-economic competences" (as of March 15, 2023, state registration number 0123U101632, terms 2023-2027).

For temporarily relocated institutions of higher education, the reduction in the number of scientific and pedagogical workers, the lack of educational facilities and laboratories with specialized equipment, and the loss of connections with health care institutions in which clinical departments and industrial practice bases were located are very difficult challenges.

After the relocation of the Higher Education Institution, there is a need to restore educational and methodical materials, the library fund, and the nomenclature of documents of the structural units of the university. It is possible to significantly speed up the solution of this problem thanks to the filled website of the institution of higher education using cloud services located outside of Ukraine, which makes it impossible to damage the servers due to military aggression. Study guides, electronic textbooks, methodical developments, video lectures, tests and written tasks were placed on the relevant pages of the educational components in the Google Classroom application even during the pandemic period. The availability of these materials made it possible to resume the educational process almost immediately after the relocation of the higher education institution in a distance format and to prepare for the beginning of the new academic year in face-to-face mode. In addition, in the conditions of martial law, electronic resources

with tasks make it possible not to interrupt studies in theoretical departments, even during an air raid, provided that all participants in the educational process are in safe places.

As a result of the military aggression, foreign students of higher education were forced to leave the territory of Ukraine, so for this contingent, distance education remained the only possible option for the implementation of the educational process. In order to communicate with these applicants, scientific and pedagogical workers widely use the most popular applications and messengers. Their use and Google Classroom enable teachers to conduct lectures, practical classes, and seminars in synchronous and asynchronous modes, demonstrate the implementation of practical skills, and carry out current and final control of the level of knowledge through testing, surveys, and verification of written tasks. With the beginning of hostilities, the right of applicants to academic mobility, both within Ukraine and abroad, is in particular demand at the university. Recognition of the results of studies in other institutions of higher education, as well as informal and informal education at scientific and practical conferences, master classes and seminars, followed by re-enrollment of certain topics or entire educational components, enables students to realize their own individual educational trajectories.

The implementation of the Higher Education Standard became an additional challenge for the higher education institution. The approved Standard has a number of features. Two specializations are provided: 226.01 "Pharmacy" and 226.02 "Industrial pharmacy". Training of students of higher education in specialization 226.01 Pharmacy can be carried out in face-to-face (daytime, evening) and distance forms of education. However, the distance, part-time form of education is allowed only on the basis of the obtained educational degree of professional junior bachelor, junior bachelor, bachelor of the educational program 226.01 Pharmacy (226 Pharmacy, industrial pharmacy) and master of specialties of the field of knowledge 22 Health care. For specialization 226.02 Industrial Pharmacy, a dual form of education is allowed.

Type of diploma and scope of the educational program. Master's degree, single degree, 300 ECTS credits, study period 4 years 10 months; 3 years and 10 months; 1 year 10 months.

Scope of the master's educational program:

- On the basis of complete general secondary education – 300 ECTS credits.
- On the basis of the diploma of the obtained educational level of professional junior bachelor, junior bachelor, junior specialist of the educational program 226.01 Pharmacy (226 Pharmacy, industrial pharmacy) – 240 ECTS credits.
- On the basis of the master's degree obtained in the field of knowledge 22 Healthcare – 240 ECTS credits.
- On the basis of the obtained bachelor's degree in the specialty 226 Pharmacy (226 Pharmacy, industrial pharmacy under the educational and professional program Pharmacy) – 120 ECTS credits.

The amount of ECTS credits based on a complete general secondary education is 360 for the educational and scientific program.

The Standard takes into account the cycle and level of higher education. For specialization 226.01 Pharmacy, we have the Second Cycle of the European Higher Education Area (FQ – EHEA); Level 7 of the European Qualifications Framework for Lifelong Learning (EQF – LLL); Level 7 of the National Qualifications Framework of Ukraine (NQU Ukraine) [3-5]. The standard sets requirements for the level of education of persons who can start training under the educational program. The presence of a certificate of complete general secondary education (based on certificates of external independent evaluation), as well as on the basis of a diploma of the obtained educational level of a professional junior bachelor, a junior bachelor of educational program, a bachelor of specialization 226.01 Pharmacy / 226 Pharmacy, industrial pharmacy and on the basis of a diploma of the obtained educational level of a master specialties of the field of knowledge "22 Health care". The conditions of admission are determined by the Rules of admission to higher education institutions. Also, the Standard contains a list of

mandatory general and special (common, by specialization, additionally for the educational and scientific program) competencies of the graduate and the expected learning outcomes [6]. It is envisaged that the certification of graduates will be carried out in the form of a single state qualification exam and the defense of a qualification work. In addition, the requirements for the organization of the educational process are regulated by the requirements regarding the features of the licensing of the educational program for regulated professions. The academic rights of graduates are the further acquisition of the degree of Doctor of Philosophy and additional qualifications in the adult education system, in particular, for graduates of specialization 226.01 Pharmacy: internship and secondary specialization in pharmaceutical specialties.

In order to further improve the educational process in the relocated institution of higher education, the creation of a university clinical hospital is planned, which will allow the concentration of clinical departments of the university in one place in order to improve the quality of practical training and convenience for applicants, to introduce the latest methods of diagnosis and treatment, and to expand the range of clinical research. Involvement of senior year students in scientific work with subsequent study at the third educational and scientific level of education makes it possible to improve the personnel potential of the departments at the expense of their own graduates in the future. An important step in the optimization of the educational process will be the opening of a simulation training center for students to practice practical skills and conduct an objective structured clinical (practical) exam.

References

1. Shapovalov V., Shapovalova V., Osyntseva A. et al. Development of the educational program of the second (master's) level of higher education in the field of knowledge 22 healthcare specialty 226 pharmacy, industrial pharmacy specialization 226.01 pharmacy based on the new standard of higher education. *Actual Problems of Medicine and Pharmacy*, 4(1), 1–47. DOI: <https://doi.org/10.52914/apmp.v4i1.54>.

2. On approval of the Standard of higher education of specialty 226 Pharmacy, industrial pharmacy for the second (master's) level of higher education. Order of the Ministry of Education and Science of Ukraine dated November 4, 2022 No. 981. URL: <https://mon.gov.ua/storage/app/media/vishcha-osvita/zatverdzeni%20standarty/2022/11/11/226-Farmatsiya.promyslova.farmatsiya.mahistr-981-04.11.2022.pdf>.

3. FIP statement of policy on Good Pharmacy Education Practice. URL: <https://www.fip.org/file/1518>.

4. WFME Global Standards for Quality improvement: Basic Medical Education, WFME Global Standards for Quality improvement. URL: <https://wfme.org/wp-content/uploads/2020/12/WFME-BME-Standards-2020.pdf>.

5. Standards for PhD Education in Biomedicine and Health Sciences in Europe. URL: <https://orpheus-med.org/wp-content/uploads/2021/11/ORPHEUS-AMSE-WFME-standards-for-PhD-education.pdf>.

6. FIP Education Initiatives. Pharmacy Education Taskforce. A Global Competency Framework, v. 1, 2012. – 21 p. URL: <https://www.fip.org/file/1412>.

НАВЧАННЯ, ВИХОВАННЯ ТА РОЗВИТОК ДИТИНИ З ПОРУШЕННЯМИ ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОГО РОЗВИТКУ ЯК МЕДИКО-ПЕДАГОГІЧНА ПРОБЛЕМА

Світлана СТЕБЛЮК

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Актуальність проблеми. Навчання, виховання та розвиток дитини з порушеннями інтелектуального розвитку (далі ППР) у класах з інклюзивним навчанням сьогодні є актуальним питанням для всієї Команди супроводу учня. Вітчизняним законодавством розроблено Закони України, видано Постанови Кабінету Міністрів, Листи Міністерства освіти й науки України щодо організації

інклюзивного навчання у закладах загальної середньої освіти. Закон України «Про освіту» регулює суспільні відносини у галузі навчання, виховання, повністю змінює підходи з метою формування в учнів ключових компетентностей, подає формулювання базових понять, з-поміж яких: інклюзивне навчання, інклюзивне освітнє середовище [2].

Мета дослідження: розкрити особливості навчання, виховання та розвитку учнів з інтелектуальними порушеннями. Завдання: виокремити причини порушень інтелектуального розвитку дітей з погляду медицини; рекомендувати окремі методи, прийоми навчання у інклюзивних класах.

Виклад основного матеріалу. Психолого-педагогічні засади навчання, виховання та розвитку дитини з ППР розроблено низкою науковців (Г. Блеч, А. Колупаєва, С. Миронова, С. Педик, О. Чеботарьова та інші). Ученими акцентується увага на моделях викладання в класах з інклюзивним навчанням, методах, прийомах, засобах навчання, добірці корекційно-розвиткових завдань.

Дослідження В. Синьова присвячені теоретико-методологічним проблемам дефектології: питанням становлення особистості при різних формах дизонтогенезу, інклюзивній освіті дітей з порушеннями психофізичного розвитку, формуванню професійних компетенцій корекційних педагогів та ін.[3].

О. Чеботарьова, І. Гладченко у навчально-методичному посібнику «Учні початкових класів із порушенням інтелектуального розвитку: навчання та розвиток» характеризують професійну компетентність корекційного педагога – «валізу професійних компетенцій корекційного педагога». Складовими професійної компетентності дослідниці уважають такі компетентності: предметну, психолого-педагогічну, науково-методичну, особистісну, самоосвітню, комунікативну, соціальну, деонтологічну [4].

Наше дослідження присвячене методиці інклюзивного навчання за Концепцією «Нова українська школа». Ми акцентуємо увагу на методах, прийомах навчання. Деякі із них:

Ігрові. Ігровий метод є основним у системі початкової освіти. Особлива увага акцентується на дидактичних іграх. Як приклад:

1.«Знайди пару» – учні до карток з друкованими буквами добирають відповідні рукописні літери. Називають звуки, букви, якими вони позначають звуки, складають з ними слова.

2.«Незнайко» – один учень читає, а інший виправляє допущені помилки.

Метод «Симуляції або імітаційні ігри». Симуляції – це створені вчителем ситуації, під час яких учні копіюють у спрощеному вигляді подію. Це своєрідні рольові ігри з використанням чітко визначених (за законом або за традиціями) і відомих ролей та кроків, які повинні здійснити виконавці. Учень з ППР може брати участь у рольовій грі «У магазині іграшок», «В гостях у товариша» та інших.

Метод «Кути». Учитель у чотири кути розставляє відповіді на проблемне питання. Учні об'єднуються у групи за вибраними правильними, на їх погляд, відповідями й обґрунтовують свою позицію.

Метод «Сонечко». Учня пропонується макет сонечка без промінчиків та хмаринки. На промінчиках до завдань з певної теми подано відповіді. Школяр вибирає правильні і прикріплює їх до макету сонечка. Вправа триває по завершенню виконання завдань. Сонечко вигляне – хмарка зникне. Як показує наше дослідження, застосування таких інноваційних методів сприяє:

- мотивації учнів до навчання;
- інтересу до виконання завдань;
- формуванню критичного мислення.

Зауважимо, що ефективне використання цих методів можливе за дотримання певних педагогічних умов: урахування когнітивних можливостей дитини з ППР; прогнозування та застосування корекційно-розвиткових завдань на уроці та позаурочний час. Результативність педагогічної складової у навчанні, вихованні дитини з ППР залежатиме від стану здоров'я особистості, її оздоровлення та дотримання гігієнічних норм в освітньому процесі. Ми маємо на увазі, що під час проведення уроку учителю

та асистенту вчителя необхідно уводити в його структуру динамічні паузи, фізкультхвилинки, вправи для очей, музичні паузи, відеоруханки тощо. Окрім того, необхідно звернути увагу на осанку дитини під час читання та письма.

У початковій школі проводяться ранкові зустрічі. Рекомендуємо їх організацію здебільшого на подвір'ї із застосуванням елементів здоров'язберігаючих технологій.

Навчання учнів з ППР буде успішним при умові роботи усієї Команди супроводу дитини. Особливу увагу акцентуємо на супроводі його сімейним лікарем. Тільки медичний працівник знає причини інтелектуального порушення дитини, чинники, що їх викликали. Відомо, що порушення в інтелектуальному розвитку визначаються при хромосомних аномаліях – при трисоміях (синдром Дауна), делеціях хромосом, при дисфункціях окремих генів (аутизм, синдром Ретта).

Впливає перинатальне ураження центральної нервової системи. Негативний вплив чинить гіпоксія, викликана захворюваннями матері (серцево-судинні, ендокринні патології, хвороби нирок, печінки), несумісність вагітної і плоду дитина за резус-фактором, внутрішньоутробні інфекції, інтоксикації, радіаційне опромінення, сильні емоційні стреси при вагітності та інші.

Н. Горішна, О. Майчук розглядають підходи до діагностики порушення інтелектуального розвитку у дітей, що є вкрай важливим. Дослідниці зазначають, що сучасні підходи до діагностики порушень інтелектуального розвитку передбачають посилення та розширення діагностичних критеріїв. Зокрема, має місце підвищення коефіцієнту інтелекту як базової межі для визначення наявності порушень, відмова від конкретних показників IQ для визначення ступеня порушення та орієнтація на його відхилення від середніх показників для відповідної вікової популяції, а також оцінювання адаптаційних навичок дитини [1, с.534].

Висновки. Отже, медичний аспект для навчання та розвитку дитини з ППР має важливе значення. Це ще раз підтверджує думку, що команда супроводу повинна діяти злагоджено, спільно.

Педагогічний аспект спрямований на формування у школярів ключових та предметних компетентностей, на корекційно-розвиткову роботу.

Література

1. Горішна Н., Майчук О. Порушення інтелектуального розвитку у дітей: підходи до діагностики. *Social Work and Education*, Vol. 8, No. 4, 2021. С. 528- 536
2. Про освіту: Закон України від 05.09.2017 р. № 2145-VIII. Відомості Верховної Ради (ВВР). 2017. № 38–39. Ст. 380. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2145-19>.
3. Синьов В. М. Корекційна психопедагогіка. Олігофренопедагогіка: Ч.1. К.: НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2007. 241 с.
4. Чеботарьова О. В. Учні початкових класів із порушенням інтелектуального розвитку: навчання та розвиток: навчально-методичний посібник / О. В. Чеботарьова, І. В. Гладченко. Харків, «Ранок», 2020. 128 с.

ВПЛИВ ВІЙНИ НА ФАХОВУ ПІДГОТОВКУ ЛІКАРІВ-ЛАБОРАНТІВ

Сніжана ФЕЙСА

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Актуальність проблеми. Повномасштабне вторгнення Росії в Україну наклало відбиток на всі сфери нашого життя. За останніми оцінками KSE Institute станом на 5 вересня 2022 р., починаючи з 24 лютого вже було пошкоджено, зруйновано або захоплено щонайменше 978 медичних закладів та 593 аптеки [1]. Прямі та непрямі витрати у галузі охорони здоров'я складають 1,6 та 2,7 мільярди доларів відповідно [2]. Проте навіть в умовах війни ми повинні продовжувати працювати, наближаючи таким чином нашу Перемогу. Важливо, щоб навіть у військовий час

промисловість працювала, медицина лікувала, а освіта навчала. Тому кожна з цих сфер слід адаптувати до надзвичайних умов, оптимізувати роботу так, щоб із мінімальним навантаженням досягти максимальних результатів. Не є виключенням і медицина в цілому та підготовка медичних кадрів зокрема. З початком повномасштабного вторгнення Російської Федерації в Україну сфера охорони здоров'я перебуває під серйозним тиском, тож не дивно, що зазначені обставини стали поштовхом до змін в медичній освіті, зокрема в післядипломній підготовці медичних кадрів.

Метою роботи є висвітлення основних аспектів впливу війни на підготовку медичних кадрів, зокрема на фахову підготовку лікарів-лаборантів.

На жаль, Україна не може запозичити від інших країн досвід щодо фахової підготовки лікарів в умовах війни. Жодна цивілізована країна не зіштовхувалася із подібною ситуацією, із настільки кривавою та підступною агресією, яка розгорнулася в рамках цієї гібридної війни. Тому огляд літературних джерел на подібну тематику робити вкрай важко – у нас, в українців, свій шлях, який ми повинні гідно пройти й здобути власний досвід.

Слід вказати на основні аспекти щодо впливу війни на підготовку фахівців з охорони здоров'я. Перш за все, війна – це екстремальні умови, що включають обмежені ресурси (і людські, і технічні, і матеріальні), надзвичайний попит на медичну допомогу та стресове середовище. Фахівці з охорони здоров'я повинні бути готовими працювати в умовах небезпеки. Причому, до надання екстреної медичної допомоги пораненим військовим та цивільним особам можуть залучатися лікарі різного профілю, навіть фахівці з лабораторної медицини, які в мирний час забезпечують лише діагностичний процес і не беруть безпосередньої участі в наданні лікувальних послуг населенню. Під час війни ресурси, такі як медичні прилади, лабораторне обладнання, реагенти та ліки, можуть бути значно обмеженими або недоступними взагалі. Це може обмежити можливості медиків, зокрема фахівців з клінічної лабораторної діагностики, для виконання своїх обов'язків і

проведення досліджень. В умовах війни пріоритети змінюються – у лікарів-лаборантів на тлі зменшення обсягу роботи, пов'язаної з лабораторними дослідженнями, з'являються нові обов'язки, зумовлені залученням до військової медицини.

Безперечно, що такі зміни сьогодення повинні враховуватися при підготовці фахівців із лабораторної медицини. Обираючи фах «Клінічна лабораторна діагностика» (КЛД), кожен прагне працювати саме в лабораторній медицині. Проте при підготовці лікарів-лаборантів, поряд з основними фаховими дисциплінами, в період військового часу доцільно приділити достатню увагу й до тактичної медицини, до особливостей роботи в умовах при надзвичайних станах та в умовах бойових дій. Необхідним кроком для цього є розробка спеціалізованих навчальних курсів, оптимізація та удосконалення навчальної програми шляхом доповнення її новими модулями з військово-медичної тематики. В період війни ці модулі повинні б бути в числі основних, а після закінчення війни, в мирний час, їх можна б перевести до числа факультативних.

Одним із таких навчальних модулів повинен стати модуль «Надання невідкладної медичної допомоги», який має містити відомості про екстрену допомогу при різного типу пораненнях та ураженнях хімічною чи біологічною зброєю. Навчання тактичній медицині повинно входити до навчальних програм будь-якого лікарського фаху. Це, на жаль, зумовлене реаліями сучасного українського сьогодення.

Ще одним навчальним модулем програми фахівців з КЛД може стати «Основи психологічної підтримки в умовах війни», оскільки наявність постійної тривоги та хронічного стресу вимагають особливого підходу та елементарних знань з основ психології відносин. В умовах війни завжди присутні невпевненість в своїх силах, відсутність розуміння ситуації, неконтрольовані паніка, страх та тривожність, постійна депресія та повне нерозуміння, як вийти з такого стану [3]. Така психологічна картина особи часто дає підстави їй звертатися за медичною допомогою,

неодноразово обстежуватися щодо наявності соматичної патології як можливої причини вказаного стану. Базові принципи розуміння психологічних особливостей пацієнтів буде не зайвим аспектом професійної підготовки фахівця з КЛД.

Можливим факультативним модулем в навчальній програмі вбачається належна технічна підготовка фахівця, оскільки це дало б можливість лаборанту в умовах дефіциту кваліфікованих кадрів тимчасово виконувати роботу інженера чи наладчика потрібного обладнання. Також не зайвими (факультативно) будуть навички водіння автотранспорту, роботи з комп'ютером та елементарне знання іноземної мови.

Іншим важливим аспектом у військовий час є акцент на епідеміології та інфекційних захворюваннях: харчові отруєння, токсикоінфекції, інфіковані рани, укуси комах та членистоногих, зоонози, що передаються гризунами, особливо небезпечні інфекції – це все, на жаль, є реаліями воєнного українського сьогодення. Епідеміологічний аспект став особливо актуальним після руйнування загарбниками дамби Каховської ГЕС. Ми – лікарі – будемо мати справу з пацієнтами з числа тих осіб, хто опинився в районі затоплення, хто рятував там інших людей чи вивозив звідти тварин, або хто просто був в контакті з ними. З медичної точки зору, зараз взагалі не важливо (в плані ймовірних негативних наслідків і розвитку спалахів, епідемій та масових захворювань), чи опускається вода, чи піднімається на кілька сантиметрів – це важливо для комунальних та соціальних служб. Для медичної ланки, на превеликий жаль, точку неповернення вже пройдено – біда вже сталася. Відомо, що затопленими та розмитими виявилися численні цвинтарі (людські) та місця захоронення тварин, скотомогильники (різної давності, навіть 150-річної) чуми, холери, сибірки, африканської чуми свиней тощо. Також розмиті очисні та каналізаційні споруди, фермерські господарства та багаточисельні вигрібні ями сільських дворогосподарств. Всі ці місця – це «червона зона», яку можна порівняти із територією, на якій відбувся вибух бактеріологічної зброї. Через деякий час ми,

ймовірно, можемо зіштовхнутися із спалахами холери, черевного тифу, лептоспірозу, дизентерії, чуми, туляремії, сибірки, гепатиту та правця, які з цієї зони поширяться на інші території країни. На тлі попередніх реформ медичної галузі, які наклали негативний відбиток на інфекційну та санітарно-епідеміологічну службу, такий розвиток подій може призвести до своєрідного колапсу та розвитку нових небезпечних епідемій. Саме тому постала необхідність додаткового професійного навчання щодо питань епідеміології для усіх медичних працівників. Не є виключенням і фахівці з КЛД, оскільки ведення будь-якої інфекційної хвороби неможливе без якісної лабораторної діагностики. Сумні реалії сьогодення диктують нам потребу розширення модулю «Лабораторна діагностика інфекційних захворювань» за рахунок обов'язкового введення до його складу принципів епідеміології та лабораторної діагностики особливо небезпечних інфекцій. Навчальний план чинної типової програми з лабораторної діагностики для інтернатури (спеціалізації) (936 годин) передбачає лише 8 год для інфекційних хвороб, 6 годин для курсу «Організація екстреної медичної допомоги населенню при надзвичайних ситуаціях» та 12 год військово-медичної підготовки, причому ці модулі не є обов'язковими та включені до числа додаткових та суміжних програм [4]. З огляду на реалії сьогодення, така програма не може застосовуватися надалі й потребує негайного перегляду та комплексного доопрацювання. У навчальній програмі спеціалізації з КЛД слід робити зміни, оптимізувати її, максимально адаптуючи під потреби військового часу. Введення до складу програми вказаних модулів без збільшення загальної тривалості підготовки фахівця є складним завданням. Одним із шляхів його вирішення може стати скорочення кількості годин, виділених на теоретичні аспекти діагностики неінфекційних та метаболічних захворювань, оскільки зараз вони тимчасово відійдуть на другий план.

Окрім оптимізації навчальних програм, на покращення процесу фахової підготовки лікарів-лаборантів в умовах військового часу мають вплив і деякі інші аспекти. Наприклад,

симуляційні курси, практичні семінари та тренінги, майстер-класи, причому більшість з цих заходів можуть проводитися дистанційно, онлайн, що скорочує матеріальні витрати на транспорт та проживання. Тобто практичне значення має не тільки зміст курсової підготовки фахівця, а й форма її проведення. Особливо актуальним є впровадження подібних дистанційних заходів в систему безперервного професійного розвитку (БПР) лікарів різних спеціальностей, що дасть можливість їм поглибити свої знання щодо вище описаних аспектів, незалежно від лікарського фаху.

Війна дає виклик і тягне за собою певні недоліки в освіті та навчанні, вона може перервати нормальний підхід до навчання для медичного працівника, може зірвати плани щодо здобуття певного фаху. За таких умов може бути складно забезпечити необхідний рівень фахової підготовки, оновлення знань та підтримання високого рівня практичних навичок. Тому в умовах війни треба застосовувати комплексний підхід до забезпечення навчального процесу із максимальним врахуванням всіх аспектів, що можуть вплинути на його погіршення, а також з огляду на відповідність до Закон України «Про систему громадського здоров'я» від 06.09.2022 р. [5] Важливо забезпечити гнучкість системи навчання медичних фахівців та її здатність не втратити ефективності після впровадження рекомендованих змін.

Література

1. Громик В.С. Актуальні питання правового регулювання надання медичної допомоги в період дії воєнного стану в Україні / В.С. Громик, Н.А. Литвин // Юридичний науковий електронний журнал, №10/2022, с.411-414 DOI <https://doi.org/10.32782/2524-0374/2022-10/100>

2. Загальна сума прямих збитків інфраструктури зросла до \$114.5 млрд. KSE Institute: вебсайт. URL https://kse.ua/ua/about-the-school/news/zagalna-suma-pryamih-zbitkiv-infrastrukturi-zrosla-do-114-5-mlrd/?fbclid=IwAR0ODRopADhqRwTPCd7t_9dK9cdFGGpe2o

3. Психологічне здоров'я: стан завмирання від впливу війни <https://mon.gov.ua/ua/news/psihologichne-zdorovya-stan-zavmirannya-vid-vplivu-vijni>

4. Типовий навчальний план та програма спеціалізації (інтернатури) для випускників вищих медичних навчальних закладів освіти за спеціальністю «Лабораторна діагностика», Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика, Київ, 2017. <https://uoz.cn.ua/labdiag.doc>

5. Закон України «Про систему громадського здоров'я» від 06.09.2022 р. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2573-20#Text>

ВПЛИВ ЗАСОБІВ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ НА ФІЗИЧНИЙ РОЗВИТОК І ПОКАЗНИКИ ГОСТРОТУ ЗОРУ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ З МІОПЄЮ

Фелікс ФІЛАК

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Вступ. В даний час доведено, що короткозорість частіше виникає у осіб з відхиленнями в загальному стані здоров'я. Статистика свідчить про неспинний ріст порушень зору серед школярів. Так, 3% дітей у перші роки навчання вже мають порушення зору. До 3-4-го класу цей показник зростає до 10%, а серед старшокласників майже у 20% діагностують короткозорість. За даними Т. С. Смирнової, серед дітей, які страждають короткозорістю, число практично здорових в два рази менше ніж серед всієї групи обстежених школярів. Зазначається зв'язок короткозорості з простудними, хронічними і важкими інфекційними захворюваннями. У короткозорих дітей частіше, ніж у здорових, зустрічаються зміни опорно-рухового апарату — порушення постави, сколіоз, плоскостопість. Порушення постави, в свою чергу, погіршує стан внутрішніх органів і систем, особливо

дихальної і серцево-судинної. Таким чином, існує і пряма, і зворотна залежність між фізичною активністю дитини, її здоров'ям, з одного боку, і розвитком короткозорості, з другого боку. Тому, одним із головних аспектів підготовки слабозорих школярів до трудових навантажень є удосконалення процесу реабілітації, яка повинна сприяти поліпшенню рівня підготовленості слабозорих дітей шляхом підвищення їх фізичної і розумової працездатності, розвитку професійно значимих фізичних якостей, формування навичок правильного виконання основних рухів і корекція інших відхилень у фізичному розвитку.

Мета дослідження:

Вивчити вплив засобів фізичної реабілітації на фізичний розвиток, фізичну підготовленість та гостроту зору дітей 10-11 років з міопією.

З цією метою дослідження проведені на базі середніх шкіл м. Хуста. У дослідженні взяли участь 20 школярів віком 10-11 років.

Для вирішення сформованих завдань використовувались такі методи дослідження: теоретичні: аналіз та узагальнення наукової літератури з питань корекції зору; оцінка фізичного розвитку та фізичної підготовленості дітей із вадами зору.

Для оцінки фізичної підготовленості нами підібрана група тестів за різними системами оцінки. У дослідженні ми використали тести, запропоновані групою дослідників спеціально для дітей з глибокими патологіями зору:

1. Тест для визначення *швидкості* – частота рухів ніг за 5 секунд, фіксується кількість рухів. Тест виконувався в упорі об гімнастичну стінку, для орієнтування висоти підйому ніг надавався орієнтир – натягнутий мотузок.

2. Тести для визначення *спритності* – метання тенісного м'яча в ціль із заданої відстані. Ціллю є квадрат розміром 1 м x 1 м, в який включені ще 3 квадрати, менші за розмірами в 25 см. За попадання в один з квадратів нараховуються бали. Всього виконується 3 спроби і оцінюється сума балів.

3. Для оцінки гостроти зору нами використовувалась методика Орлової, яка полягає у зображенні на таблиці чорних букв, кілець з розрізами, так званих оптотипів, або малюнків (для дітей) різного розміру. Таблиці побудовані таким чином, що кожний наступний рядок відрізняється від попереднього на 0,1 гостроти зору. Якщо дитина з відстані 5 метрів здатна побачити символи тільки першого ряду, то гострота її зору дорівнює 0,1; якщо символи другого ряду, то гострота зору дорівнює 0,2; п'ятого ряду 0,5.

Проведені нами дослідження рівня розвитку основних фізичних якостей школярів з міопією показали, що показники бігу на місці за 5 с. становили для дітей з міопією становили $15,36 \pm 2,58$ с. і оцінюються як низькі, для практично здорових дітей ці дані становили $19,40 \pm 2,33$ с. Метання м'яча в ціль до реабілітації становили для школярів основної групи $5,6 \pm 2,83$ разів. У практично здорових даних показник був вищим $7,6 \pm 2,75$

Таким чином проведені дослідження показали що у дітей шкільного віку з міопією відстають у фізичному розвитку від своїх однолітків, які бачать добре. Про це свідчать показники фізичного розвитку, а саме сили м'язів кисті рук, силовий і життєвий індекси та показники фізичної підготовленості.

Програма реабілітації включала: ранкову гігієнічну гімнастику (РГГ), лікувальну гімнастику, сегментарно-рефлекторний і точковий масаж, який виконувався на фоні класичного масажу, лікувальна ходьба, плавання.

Після проведеного курсу реабілітаційних заходів відзначається позитивна динаміка показників фізичної підготовленості школярів. Так, показники бігу на місці за 5 с. покращились на 0,62 рух./хв. Тобто з збільшився з $15,36 \pm 2,58$ до $16,08 \pm 2,34$ рух./хв. Показники метання м'яча в ціль покращились на 0,2 рази. Особливо значні покращення спостерігались у розвитку гнучкості. Нахил тулуба з положення сидячи діти покращили на 0,62 см. У досліджуваній групі дітей з міопією до і після фізичної терапії було проведене визначення гостроти зору у

дітей з корекцією і без корекції, використовуючи методику Орлової. Отже, виходячи з результатів таблиці стан гостроти зору у школярів з корекцією покращився в середньому на 0,1 (10 %), без корекції – на 0,09 (9 %). Таким чином, дозовані фізичні вправи у формі спеціальної лікувальної гімнастики та застосування інших засобів фізичної реабілітації підвищують рівень фізичного розвитку дітей, резерви кардіореспіраторної системи, фізичної працездатності, стану зорового аналізатора.

Висновки. Встановлено, що діти з вадами зору в моторному і фізичному розвитку відстають від своїх однолітків, які бачать добре. Це пов'язано з тим, що порушення органу зору і функцій зорового аналізатора обмежує дитину в повноцінному розвитку. 3. Після проходження курсу фізичної терапії відзначаються позитивні зміни: Гострота зору у школярів з корекцією покращився в середньому на 10 %, без корекції – на 9 %.

ЗАСОБИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧНОМУ ЗАПАЛЕННІ СІНОВІАЛЬНОЇ ОБОЛОНКИ КОЛІННОГО СУГЛОБА У СПОРТСМЕНІВ

Ярослав ФІЛАК

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Вступ. Ушкодження опорно-рухового апарата зустрічаються досить часто, особливо у молодому віці, і можуть бути наслідком як прямого удару в область суглоба, при різкому повороті тулуба або стегна з фіксованими стопою і гомілкою. Можуть виникати як незначні (обмеження жирових тілець, розрив синовіальної оболонки), так і важкі (розриви меніска, хрестоподібних і бічних зв'язок) внутрішньо-суглобові ушкодження. Такі ушкодження супроводжуються вираженим крововиливом в порожнину суглоба (гемартроз), що призводить до запальних процесів. Відповідно до медичною термінологією, синовитом колінного суглоба називають

запалення синовіальної оболонки, яке досить-таки часто супроводжується скупченням рідини в порожнині коліна. Багаторічний моніторинг показав, що хвороба може вразити будь-яку людину незалежно від віку, статі та його професійної діяльності. У більшості випадків синовіт колінного суглоба лікується медикаментами. Для усунення залишкового болю і дискомфорту часто лікарі призначають протизапальні і зігріваючі мазі, спираючись тільки на симптоми. Незважаючи на позитивний вплив медикаментозної терапії, досягти тривалої ремісії можливо тільки при комплексному застосуванні засобів фізичної реабілітації.

Мета роботи: підвищити ефективність та науково обґрунтувати дію реабілітаційних заходів при посттравматичному запаленні синовіальної оболонки колінного суглоба у осіб молодого працездатного віку.

Дослідження проведені у 20 пацієнтів віком 24 – 30 роки, які мали травми колінного суглобу. Всі пацієнти займались спортом, а саме волейбол і гандбол. Діагноз – посттравматичний синовіт колінного суглоба. Лікування проводилось амбулаторно. З метою детального обстеження і контролю за функціональним станом пацієнтів з посттравматичним синовітом колінного суглоба та оцінки ефективності курсу фізичної реабілітації використовували такі методи дослідження: гоніометрія, визначення сили м'язів, за В.О. Єпіфановим яку проводилось у балах на початку і у кінці реабілітації.

Проведені дослідження гоніометрії показали, що кут згинання в колінному суглобі ушкодженої кінцівки становив $61,4 \pm 1,5$ град. Подальше згинання кінцівки неможливе із-за посилення болей В нормі показники об'єму рухів у колінному суглобі становлять 135° . У хворих досліджуваної групи показники сили чотириголового м'яза стегна становила $1,63 \pm 0,3$ бали, що відповідно шкали В.О Єпіфановаим активні рухи можливі тільки за допомогою реабілітолога або в полегшеному вихідному положенні. Сила литкового м'яза гомілки в обстежених хворих становила $2,1 \pm$

0,3 бали, що свідчить про можливі самостійні активні рухи, але хворий не може подолати невелику протидію реабілітолога.

В комплекс відновного лікування використовували наступні засоби фізичної реабілітації: ранкова гігієнічна гімнастика, лікувальна гімнастика, лікувальна ходьба, реабілітаційний масаж, озокеритотерапія на колінні суглоби.

Після проведення комплексу реабілітаційних заходів крім покращення клінічних показників відзначається покращення функцій колінного суглоба.

При аналізі амплітуди рухів у колінному суглобі відзначається підвищення середніх показників амплітуди рухів в кінці дослідження з $61,4^{\circ} \pm 1,5$ до $111,5^{\circ} \pm 3,0$ град., що майже на 60° більше ніж на початку дослідження. Середні показники сили м'язів ушкодженого колінного суглоба підвищились. Середні показники сили чотирьохголового м'яза стегна підвищились з $1,63 \pm 0,3$ до $3,1 \pm 0,29$ балів, що відповідає відновленню самостійним активним рухам у суглобі та виконання функцій, але хворий не може подолати невелику протидію реабілітолога.

Висновки. Після проведення комплексу реабілітаційних заходів у пацієнтів, які перенесли посттравматичне запалення синовіальної оболонки колінного суглоба, за отриманими даними сили чотирьохголового м'яза стегна і литкового м'яза гомілки, амплітуди рухів в колінному суглобі в кінці експерименту відбулися позитивні зміни, а показники були вищі і мали більш стійкий ефект. Це вказує на ефективність запропонованої програми реабілітації пацієнтів з посттравматичним синовітом колінного суглоба, яку можна рекомендувати більш широким колам в реабілітаційному процесі аналогічних хворих.

ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ ФУНКЦІОНУВАННЯ ВІДДІЛЕННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИВАТНОГО ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ МАСОВОГО ВИМУШЕНОГО ПЕРЕМІЩЕННЯ НАСЕЛЕННЯ, ЗУМОВЛЕНОГО АГРЕСІЄЮ РФ ПРОТИ УКРАЇНИ

*Олександра ХУТОРСЬКА
Лікувально-діагностичний центр Клініка «Гемо Медика»,
Ужгород, Україна*

Вступ. Війна, бойові дії завжди призводять до масових переміщень населення, в першу чергу цивільних осіб найбільш вразливих категорій (жінки з дітьми, особи похилого віку та особи з інвалідністю) [1]. Вимушена масова міграція населення негативно впливає на усі сфери соціально-економічного стану в країні, в тому числі і на медико-демографічні показники життя громадян [2]. Погіршення доступу до медичної допомоги, погіршення стану здоров'я населення та санітарно-епідеміологічної ситуації спостерігаються як і на територіях, які тимчасово окуповані агресором або територіях безпосередніх бойових дій [3], так і на територіях, які віддалені від лінії бойового зіткнення [4]. Однією з найбільш уразливих груп щодо збереження власного здоров'я на територіях країни, які знаходяться за межами активних бойових дій, є вимушено переміщені особи, які в екстреному режимі були евакуйовані або мігрували з тимчасово окупованих територій або небезпечних регіонів країни [5].

Мета дослідження. Визначити та проаналізувати особливості організації роботи медичних працівників загальної практики-сімейної медицини в умовах масового збільшення чисельності населення громади за рахунок вимушено переміщених осіб (ВПО) з тимчасово окупованих територій або територій активних бойових дій.

Матеріали та методи. В основі дослідження використано результати доступних досліджень з питань забезпечення медичного обслуговування ВПО на територіях тимчасового перебування та власні напрацювання. Дослідження базувалося на засадах системного підходу, використано бібліосемантичний метод та метод структурно-логічного аналізу.

Результати дослідження. МОЗ України на час дії воєнного стану були прийняті заходи по забезпеченню доступу потребуючих до медичної допомоги на території України, де є можливість функціонування закладів охорони здоров'я та лікарів, незалежно від місця реєстрації пацієнта та наявності декларації щодо отримання медичних послуг [6].

Ведуча роль в забезпеченні доступу до медичної допомоги для ВПО на територіях тимчасового вимушеного перебування належить закладам первинної медичної допомоги. В першу чергу це стосується комунальних структур (Центрів первинної медико-санітарної допомоги та амбулаторій загальної практики-сімейної медицини), що забезпечують надання первинної медичної допомоги на рівні територіальних громад. Ці заклади охорони здоров'я є відомими серед населення та представників офіційних комунальних структур, які за дорученням органів місцевої влади забезпечують надання різних видів допомоги ВПО, що прибули на територію громади. В той же час, на сьогодні уже поширено і зростає частка і роль в наданні первинної медичної допомоги і сімейними лікарями, які працюють в секторі приватної медицини. Так, медичні працівники загальної практики-сімейної медицини, що працюють в приватних закладах охорони здоров'я складають 35% надавачів послуг первинної медичної допомоги, законтракованих НСЗУ у 2020 році [7]. Звичайно, приватна медична практика зосереджена в основному у великих містах, але і переважна більшість ВПО також приїздить переважно у міста відносно безпечних територій країни. Наші спостереження показали, що частка ВПО, які виявили бажання обслуговуватися та уклали декларацію на медичне обслуговування з сімейними

лікарями, які працюють в приватних медичних закладах є дуже малою. На нашу думку, дана ситуація склалася у зв'язку з відсутністю доступу ВПО до інформації щодо можливості укладання декларацій на медичне обслуговування з приватно практикуючими сімейними лікарями та інформації про їх контакти і локацію. Ситуація, що склалася потребує розробки приватними закладами охорони здоров'я, які мають підписані контракти з НЗСУ на надання первинної медичної допомоги інформаційно-комунікаційних кампаній, направлених на ефективне інформування ВПО, які переїхали на територію громади, про можливості укладання декларацій на медичне обслуговування у лікарів сімейної медицини, які провадять медичну практику в цих приватних закладах охорони здоров'я. В таких кампаніях ключовим є визначення ефективних точок виходу на цільову групу та переліку можливих каналів комунікації. Особливо важливу роль як канали комунікації можуть відіграти громадські і волонтерські організації, які забезпечують програми допомоги ВПО в цих громадах.

Висновок. Медичні працівники первинної медичної допомоги приватних закладів охорони здоров'я мають потужний кадровий і матеріально-технічний потенціал для забезпечення доступу до первинної медичної допомоги для ВПО в період масового вимушеного переміщення населення, зумовленого активними бойовими діями. В той же час відсутнє ефективне інформування потенційно потребуючих цих медичних послуг громадян щодо можливостей приватного сектору охорони здоров'я на території тимчасового перебування. Дана ситуація потребує розробки і впровадження приватними закладами охорони здоров'я спеціальних інформаційно-комунікаційних кампаній.

Література

1. Токар В.М., Гбур З.В. Аналіз показників міграції населення: внутрішня та зовнішня. *Проблеми сучасних трансформацій. Серія: право, публічне управління та адміністрування*. 2023. № 7. <https://doi.org/10.54929/2786-5746-2023-7-02-11>

2. Миронюк І.С., Слабкий Г.О., Білак- Лук'янчук В.Й. До питання впливу війни з рф на медико-демографічну ситуацію в Україні. *Матеріали 77-ої підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького складу факультету здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ «Ужгородський національний університет».* 27-28 лютого 2023 року. Ужгород, 2023. С. 13-17.

3. Миронюк І.С., Слабкий Г.О. Щербінська О.С., Білак-Лук'янчук В.Й. Наслідки війни з російською федерацією для громадського здоров'я України. *Репродуктивне здоров'я жінки.* 2022. №8 (63). С. 26-31.

4. Mironyuk Ivan, Slabkiy Hennadiy, Bilak-Lukianchuk Victoria, Lopit Victor. The impact of the war with Russia on the medical and demographic situation in Ukraine [Вплив війни з рф на медико-демографічну ситуацію в Україні]. / I. Mironyuk, H. Slabkiy, V. Bilak-Lukianchuk, V. Lopit // *Zbornik z IX. Medzinárodnej vedeckej konferencie, Humanitárna pomoc pre Ukrajinu a intervencie (skúsenosti) profesionálnych a dobrovoľníckych tímov s utečencami z Ukrajiny*, Michalovce 11. november 2022. — P.186-194.

5. Слабкий Г. О., Білак-Лук'янчук В. Й., Дикун Р. С. Вплив війни проти російської агресії на відношення вимушених переселенців до особистого здоров'я. *The 9th International scientific and practical conference “Science and innovation of modern world”* (May 18-20, 2023) Cognum Publishing House, London, United Kingdom. 2023. P. 111-113.

6. Слабкий Г. О., Козар Ю. Ю. Забезпечення прав пацієнтів в закладах охорони здоров'я України під час війни проти російської агресії. *The 9th International scientific and practical conference “Science and innovation of modern world”* (May 18-20, 2023) Cognum Publishing House, London, United Kingdom. 2023. P. 106 -110.

7. Устінов О.В. Первинна медична допомога: капітаційна ставка має бути збільшеною. *Український медичний часопис.* URL: [www.umj.com.ua/en/article-190456-pervinna-medichna-dopomoga-
kapitatsijna-stavka-maye-buti-zbilshenoyu](http://www.umj.com.ua/en/article-190456-pervinna-medichna-dopomoga-kapitatsijna-stavka-maye-buti-zbilshenoyu)

ОСОБЛИВОСТІ ЕКСПРЕСІЇ ЦИКЛООКСИГИНАЗИ-2 У ЖІНОК З ГІПЕРПЛАСТИЧНИМИ ПРОЦЕСАМИ ЕНДОМЕТРІЯ

Наталія ЦИНДРЕНКО,

Микола ЛИНДІН,

Анатолій РОМАНЮК

Сумський державний університет

Актуальність проблеми. Гіперпластичні процеси ендометрія (ГПЕ) є попередниками аденокарциноми ендометрія, яка є однією з найпоширеніших злоякісних пухлин жіночих репродуктивних органів [1]. Спостерігається тенденція до зростання кількості молодих жінок, у яких діагностовано або рак ендометрія, або його передракові стани – ГПЕ [2]. Переконливі експериментальні та клінічні дані підтверджують уявлення про те, що циклооксигеназа-2 (ЦОГ-2), індукована ізоформа циклооксигенази, відіграє вирішальну роль в онкогенезі [3]. ЦОГ-2 є негативним предиктором рецидиву захворювання для пацієнтів з аденокарциномою ендометрія. Надмірна експресія ЦОГ-2 збільшує ангиогенез, міграцію, інвазивність та індуковану пухлиною імуносупресію, а також запобігає апоптозу [4]. COX2 є потенційним індикатором неопластичної трансформації нормальних клітин у пухлинні [5], [6]. Циклооксигеназа-2 важлива в пухлиногенній трансформації ГПЕ. Досі спостерігаються суперечності щодо гістологічної диференціальної діагностики гіперплазії та високо диференційованої карциноми ендометрію [7]. У літературі немає єдиної думки щодо участі ЦОГ-2 у розвитку ГПЕ [8].

Мета дослідження. Визначити рівні експресії ЦОГ-2 у хворих з різними гістологічними варіантами ГПЕ.

Матеріали та методи дослідження. Дослідження проведені на зразках тканин, уражених ГПЕ, отриманих після хірургічного лікування (гістерорезектоскопії) на базі Сумського обласного

клінічного онкологічного диспансеру (Суми, Україна) протягом 2020-2022 років. Зразки тканин з ГПЕ було розподілено на три групи, залежно від отриманого результату гістологічного дослідження. До I групи ввійшли зразки з неатиповою гіперплазією ендометрія (ГЕ); до II групи – зразки із залозистими поліпами ендометрія (ЗПЕ); до III групи – зразки із залозисто-фіброзними поліпами ендометрія (ЗФПЕ).

Результати. Позитивна експресія ЦОГ-2 виявлена в епітелії всіх зразків тканин з ГПЕ. Вона спостерігалася переважно в апікальній частині цитоплазми призматичного епітелію; в деяких випадках – в ендометріальній стромі. Середній показник експресії ЦОГ-2 ендометріальним епітелієм склав $4,22 \pm 1,11$ у загальній групі. У групі тканин з ГЕ він був на рівні $3,67 \pm 1,03$, з ЗПЕ – $4,17 \pm 1,17$, та у групі з ЗФПЕ – $4,83 \pm 0,98$. Статистично достовірної різниці в експресії СОХ2 між трьома групами тканин з ГПЕ нами не виявлено.

Висновки. Підвищена експресія ЦОГ-2 при ГПЕ може означати ранній етап канцерогенезу. Результати імуногістохімічних досліджень експресії ЦОГ-2 з урахуванням результатів інших методів дослідження зможуть слугувати критеріями диференційованого підходу до вибору тактики лікування ГПЕ.

Література

1. L. K. Nees et al., “Endometrial hyperplasia as a risk factor of endometrial cancer,” Arch Gynecol Obstet, vol. 306, no. 2, pp. 407–421, Aug. 2022, doi: 10.1007/S00404-021-06380-5.
2. S. Hutt, A. Tailor, P. Ellis, A. Michael, S. Butler-Manuel, and J. Chatterjee, “The role of biomarkers in endometrial cancer and hyperplasia: a literature review,” Acta Oncol, vol. 58, no. 3, pp. 342–352, Mar. 2019, doi: 10.1080/0284186X.2018.1540886.
3. M. T. Rizzo, “Cyclooxygenase-2 in oncogenesis,” Clin Chim Acta, vol. 412, no. 9–10, pp. 671–687, Apr. 2011, doi: 10.1016/J.CCA.2010.12.026.

4. Y. Ye, X. Wang, U. Jeschke, and V. von Schönfeldt, “COX-2-PGE2-EPs in gynecological cancers,” *Arch Gynecol Obstet*, vol. 301, no. 6, p. 1365, Jun. 2020, doi: 10.1007/S00404-020-05559-6.

5. B. Gurram et al., “Celecoxib Conjugated Fluorescent Probe for Identification and Discrimination of Cyclooxygenase-2 Enzyme in Cancer Cells,” *Anal Chem*, vol. 90, no. 8, pp. 5187–5193, Apr. 2018, doi: 10.1021/ACS.ANALCHEM.7B05337.

6. M. Lyndin et al., “COX2 Effects on endometrial carcinomas progression,” *Pathol Res Pract*, vol. 238, p. 154082, Oct. 2022, doi: 10.1016/J.PRP.2022.154082.

7. M. C. Boruban, K. Altundag, G. S. Kilic, and J. Blankstein, “From endometrial hyperplasia to endometrial cancer: insight into the biology and possible medical preventive measures,” *Eur J Cancer Prev*, vol. 17, no. 2, pp. 133–138, Apr. 2008, doi: 10.1097/CEJ.0B013E32811080CE.

8. R. G. C. Lopes et al., “Analysis of estrogen- and progesterone-receptor expression in endometrial polyps,” *J Minim Invasive Gynecol*, vol. 14, no. 3, pp. 300–303, May 2007, doi: 10.1016/j.jmig.2006.10.022.

ПОРІВНЯННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ РІЗНИХ СПОСОБІВ ТИМЧАСОВОЇ ЗУПИНКИ ЗОВНІШНЬОЇ КРОВОТЕЧІ НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ НАДАННЯ ДОПОМОГИ

Юрій ШКАТУЛА,

Юрій БАДІОН,

Альона ЯРЕМЕНКО

Сумський державний університет

Актуальність проблеми. Кровотеча є основною причиною смерті постраждалих на догоспітальному етапі. За даними дослідників, від 53,7 до 80 % усіх загиблих унаслідок травматичних ушкоджень помирають саме з цієї причини [3, 4, 6].

У разі пошкодження магістральної артерії постраждалий часто гине вже в перші хвилини після травми внаслідок масивної крововтрати та стрімкого розвитку циркуляторно-метаболических порушень. Першочерговим завданням медичної допомоги на догоспітальному етапі є досягнення швидкого та надійного гемостазу [1, 2, 5].

Саме тому визначення найбільш ефективних та дієвих способів тимчасової зупинки кровотечі є актуальною проблемою вищої медичної освіти України.

Метою дослідження було вивчити ефективність різних способів тимчасової зупинки зовнішньої кровотечі на догоспітальному етапі надання допомоги з урахуванням локалізації поранень.

Проаналізовано 86 випадків надання догоспітальної допомоги постраждалим із зовнішніми кровотечами унаслідок травматичних ушкоджень магістральних судин. Середній вік становив 43,81±1,75 року, з діапазоном коливань від 15 до 70 років. У переважній більшості випадків постраждали були чоловіками (88,37 %).

Під час дослідження встановлено, що найчастішою причиною зовнішніх кровотеч були побутові травми (45,35 % спостережень). Друге рангове місце посідають ушкодження, отримані під час дорожньо-транспортних пригод (16,28 % усіх випадків). Привертає до себе увагу значна кількість травмованих унаслідок кримінальних дій і спроб самогубства (13,95 % і 11,63 % відповідно).

Встановлено, що більшість травмованих (86,05 %) отримали ушкодження однієї анатомічної ділянки. Множинні або поєднані травми спостерігали в 13,95 % випадків. У 7 випадках (8,14%) допомогу надавали постраждалим із травматичними ампутаціями. За характером ушкодження тканин превальовали різані рани, які становили 54,65 % від загальної кількості ушкоджень. Рваних або забійно-рваних ран було 37,21 %. Рубані рани спостерігали в 5,81 % постраждалих.

Турнікет був основним засобом зупинки зовнішньої кровотечі на догоспітальному етапі. Його застосування зафіксовано у 47 постраждалих, що становило 54,65 %. Гумовий джгут Есмарха не використовували у жодному випадку.

Контактні гемостатичні засоби (КГЗ) застосовували тільки у 2,33 % випадків надання догоспітальної допомоги постраждалим, що зумовлено недостатньою укомплектованістю служби екстреної медичної допомоги та відсутністю досвіду й навичок застосування КГЗ її співробітниками.

У низці випадків з метою зупинки зовнішньої кровотечі було послідовно використано декілька гемостатичних засобів. У 21 постраждалого, що становить 24,42 %, після тампонади рани і накладення тиснучої пов'язки співробітники екстреної медичної допомоги вдавалися до накладення турнікета. У разі поранень у ділянці стегна перша спроба гемостазу була недостатньо ефективною у 25 % від загальної кількості ушкоджень цієї локалізації.

У 15 (17,44%) випадках пораненим із множинними або поєднаними ушкодженнями проводили внутрішньовенне введення системних гемостатичних препаратів (транексамова кислота).

Висновки:

1. Основними принципами вибору оптимального методу припинення кровотечі є швидкість і надійність гемостазу на весь час евакуації та мінімальна ушкоджувальна дія на тканини.

2. Перспективним вважаємо забезпечення служб, що надають екстрену медичну допомогу травмованим на догоспітальному етапі місцевими гемостатичними засобами.

Література

1. Advanced Trauma Life Support. Student Course Manual / ed. of C. Merrick. – Chicago : American College of Surgeons, 2018. – 420 p.

2. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015. Section 9. First aid / D. A. Zideman, E. D. De Buck, E. M. Singletary [et al.] // Resuscitation. – Vol. 95. – P. 278–287.

3. Екстрена та невідкладна медична допомога. Том I : допомога травмованим на догоспітальному етапі : національний підручник / В. О. Крилюк, С. О. Гур'єв, Г. В. Загорій та ін. – Київ, 2017. – 504 с.

4. Клінічні маршрути (протоколи) пацієнта під час надання екстреної медичної допомоги на догоспітальному етапі / В. О. Крилюк, С. О. Гур'єв, Г. Ю. Цимбалюк та ін. – Київ, ТОВ «ОЖИВА», 2020. Том IV – 300 с.

5. Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації екстреної медичної допомоги [Електронний ресурс]: Наказ МОЗ України від 05.06.2019 р. № 1269. – Режим доступу : <http://moz.gov.ua>.

6. Шкатула Ю. В. Переваги та недоліки різних методів припинення зовнішньої кровотечі при пошкодженнях судин, асоційованих зі скелетною травмою, на догоспітальному етапі / Ю. В. Шкатула, П. В. Танасієнко, Ю. О. Бадіон // Екстрена медицина: від науки до практики. – 2015. – № 4 (15). – С. 68–73.

ВІРОГІДНІСТЬ РОЗВИТКУ ЦИРКУЛЯТОРНОГО ШОКУ У ПОСТРАЖДАЛИХ З ТРАВМАТИЧНОЮ КРОВОВТРАТОЮ

Юрій ШКАТУЛА,

Богдан СОКОЛ,

Юрій БАДІОН

Сумський державний університет

Актуальність проблеми. Тяжка механічна травма є однією з основних медико-соціальних проблем сучасного суспільства. В усьому світі, щорічно, унаслідок травматичних ушкоджень, гинуть понад 5,8 мільйонів людей. Науковці передбачають зростання цього показника до 8 мільйонів осіб у недалекому майбутньому. Загибель травмованих осіб, переважно працездатного та репродуктивного віку, суттєво впливає на темпи соціально-економічного розвитку нашої країни та становить достеменну загрозу для національної безпеки в соціальній сфері, загострюючи демографічну кризу [1, 3].

Масивна крововтрата із розвитком циркуляторно-метаболических порушень і дестабілізацією життєво важливих

функцій залишається основною причиною смерті постраждалих з травматичними ушкодженнями, смерті яку потенційно можливо було б попередити [2, 5].

На практиці геморагічний, або травматичний шок діагностують після розвитку картини гемодинамічних порушень та проявів поліорганної недостатності, що не характерно для оборотної, компенсованої стадії циркуляторного шоку [4].

Проведене ретроспективне клінічне рандомізоване дослідження у 73 постраждалих із травматичною кровотратою. З цією метою було проаналізовано звітну документацію лікувальних закладів м. Суми за період з 1 січня 2019 року по 31 грудня 2022 року.

Отримані результати дозволили нам дійти висновку, що будь-якого постраждалого з масивною травматичною кровотечею варто потенційно розглядати як пацієнта із загрозою виникнення травматичного шоку. Вірогідність розвитку шоку необхідно визначати на основі комплексної оцінки стану постраждалого, механізму травми, емпіричного визначення величини крововтрати, характеру та поєднання пошкоджень, гемодинамічних показників, результатів лабораторних досліджень (рівень лактату, гемоглобіну, дефіцит основ, кількість еритроцитів) Доведено, що підвищення рівня лактату відбувається раніше, ніж зміни інших показників шоку, що розвивається (гіпотонія, олігурія, зниження рН та ін.).

Проведення профілактичної протишокової терапії необхідно незалежно від показників гемодинаміки у травмованої особи.

Література

1. Advanced Trauma Life Support. Student Course Manual / ed. of C. Merrick. – Chicago : American College of Surgeons, 2018. – 420 p.
2. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015. Section 9. First aid / D. A. Zideman, E. D. De Buck, E. M. Singletary [et al.] // Resuscitation. – Vol. 95. – P. 278–287.

3. Екстрена та невідкладна медична допомога. Том I : допомога травмованим на догоспітальному етапі : національний підручник / В. О. Крилюк, С. О. Гур'єв, Г. В. Загорій та ін. – Київ, 2017. – 504 с.

4. Клінічні маршрути (протоколи) пацієнта під час надання екстреної медичної допомоги на догоспітальному етапі / В. О. Крилюк, С. О. Гур'єв, Г. Ю. Цимбалюк та ін. – Київ, ТОВ «ОЖИВА», 2020. Том IV – 300 с.

5. Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації екстреної медичної допомоги [Електронний ресурс]: Наказ МОЗ України від 05.06.2019 р. № 1269. – Режим доступу : <http://moz.gov.ua>.

**ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ВИВЧЕННЯ ПРЕДМЕТУ
“ОСНОВИ ЗДОРОВ'Я” В ЗАГАЛЬНООСВІТНІХ ШКОЛАХ
ЯК ОДНОГО ІЗ МЕТОДІВ ПРОФІЛАКТИКИ ПОШИРЕННЯ
СОЦІАЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНИХ ХВОРОБ СЕРЕД МОЛОДІ**

Олександр ЯНЧЕВСЬКИЙ,

Юрій КОЗАР

ДЗ «Луганський державний медичний університет»

м. Рівне, Україна

Останнім часом світ стикається з численними викликами, пов'язаними зі спалахом соціально небезпечних захворювань. Молоді люди, будучи значною частиною суспільства, особливо вразливі до поширення цих захворювань через різні чинники, включаючи вибір способу життя, недостатню обізнаність і недостатній доступ до інформації про медичну допомогу. У зв'язку з цим існує нагальна потреба впровадити ефективні профілактичні заходи, спрямовані не лише на усунення симптомів, а й на корінні причини цих проблем зі здоров'ям.

Одним з перспективних шляхів вирішення цієї проблеми є інтеграція предмета «Основи здоров'я» в навчальні плани загальноосвітньої школи. Оснащуючи студентів всебічними знаннями про здоров'я, гігієну та профілактику захворювань, цей підхід може надати молодим людям можливість приймати обґрунтовані рішення щодо свого благополуччя та зменшити захворюваність соціально небезпечними захворюваннями в їхніх громадах. Метою даної наукової розвідки є оцінка ефективності вивчення предмета «Основи здоров'я» в загальноосвітніх школах як дієвого методу профілактики поширення цих захворювань серед молоді.

За спеціально розробленою анкетною було опитано 50 учнів 10-11 класів. Опитування учнів проводилося з дозволу батьків. Батьки не дозволили включити до анкети питання, які стосуються статевого життя старшокласників, вживання ними наркотиків та алкогольних напоїв. Отримані під час соціологічного дослідження дані оброблялися статистично з використанням загальноприйнятих методик.

Далі наведено загальні дані про респондентів-старшокласників, які взяли участь у дослідженні.

Серед респондентів 50,0% склали учні 10 класу та 50,0% учні 11 класу. Найбільша частка респондентів за соціальним положенням сім'ї (34,0%) є трудовими мігрантами та (24,0%) приватними підприємцями.

Було вивчено рівень методичного забезпечення навчального процесу з дисципліни «Основи здоров'я». В ході проведення дослідження було вивчено наявність нормативних та методичних документів по забезпеченню викладання дисципліни «Основи здоров'я». В школах мають затверджені на кожний рік робочі програми, а вчителі мають технологічні карти проведення кожного уроку та конспекти матеріалів для кожного заняття.

В загальноосвітніх школах є кабінети основ здоров'я, які оснащені наступним чином: підручниками; навчальними посібниками; фаховими журналами з питань безпеки

життєдіяльності, охорони здоров'я, валеології; довідковою літературою; науково-методичною літературою; матеріалами узагальненого педагогічного досвіду; розробками уроків.

Таким чином можна говорити про наявність необхідного методичного комплексу по забезпеченню навчального процесу за дисципліною «Основи здоров'я».

Було вивчено та проаналізовано спосіб життя, який ведуть респонденти-старшокласники. Вивчалися наступні питання: спосіб харчування респондентів, рівень фізичної активності, термін сну та перебування на свіжому повітрі, час заняття за персональним комп'ютером.

Аналіз наведених даних вказує на те, що більшість опитаних старшокласників веде близький до здорового спосіб життя. Це полягає в нормальному режимі та раціоні харчування, достатній фізичній активності, здоровому за терміном сну.

Але необхідно відмітити, що більшість опитаних школярів (52,0%) більшість вільного часу проводять за персональним комп'ютером тоді як 40,0% із них бувають на свіжому повітрі до однієї години на добу.

Далі досліджувалося питання щодо знання старшокласниками шляхів передачі ВІЛ-інфекції. Отримані в ході статистичної обробки результатів анкетування старшокласників наведено позитивні відповіді респондентів на питання анкети.

Аналіз наведених даних соціологічного дослідження вказує на те, що більше 80,0% опитаних старшокласників знають шляхи передачі ВІЛ-інфекції. Це вказує на високий рівень ефективності занять з навчальної дисципліни «Основи здоров'я». Повністю невірно оцінює шляхи інфікування на ВІЛ 3 (6,0%) опитаних учнів.

Результати, які отримані під час проведення соціологічного дослідження серед учнів старших класів шкіл, є доброю запорукою зниження стигми та дискримінації по відношенню до людей, які живуть з ВІЛ, що на сьогодні є надзвичайно важливою проблемою в державі в цілому.

Наступним кроком дослідження було вивчення та проведення аналізу отриманих під час соціологічного дослідження даних, щодо знання старшокласниками шляхів профілактики ВІЛ-інфікування.

Проведений аналіз наведених результатів дослідження вказує на те, що старшокласники в своїй більшості (більше 80%) вірно знають методи профілактики передачі ВІЛ-інфекції. Не вірно оцінюють методи профілактики передачі ВІЛ-інфекції 4 (8,0%) респондентів. При цьому 5 (10,0%) опитаних старшокурсників вважає, що методом профілактики ВІЛ-інфікування може бути відмова від догляду за ВІЛ-інфікованою людиною.

Далі було встановлено, що значна частка опитаних старшокурсників знають шляхи профілактики туберкульозу та ПСШ. Так, методи профілактики туберкульозу знають 62,5% та ПСШ – 76% опитаних.

При цьому в своїй більшості опитані старшокласники вважають, що вони не мають інформації про захворюваність родичів та знайомих. Так, 76,0% опитаних вважає, що не знає про захворюваність вказаних контингентів на туберкульоз, 92,0% про ВІЛ-статус, а 84,0% про захворюваність на ПСШ.

Наступним кроком дослідження було вивчення самооцінки старшокласниками особистої можливості захворіти на туберкульоз, ВІЛ та ПСШ. Вивчення проводилося за параметрами: захворюваність на вказані хвороби не загрожує, захворюваність загрожує та мають великий ризик захворіти.

Впевнені, що не мають загрози захворіти на туберкульоз 54,0% опитаних, на ВІЛ-інфекцію – 46,0% опитаних та ПСШ – 62,0%. Такий рівень впевненості може знизити настороженість та застосування методів особистої профілактики щодо вказаних хвороб.

Таким чином можна зробити висновок, що в школах мається все необхідне методичне забезпечення викладання навчальної дисципліни «Основи здоров'я». Рівень викладання та його ефективність можна оцінити позитивно. На це вказує високий рівень (більше 80,0%) інформованості старшокласників про шляхи

передачі та методи профілактики таких соціально небезпечних хвороб як ВІЛ-інфекція, туберкульоз та інфекції, що передаються статевим шляхом.

Отже, викладання навчальної дисципліни «Основи здоров'я» проводиться відповідно до типових навчальних планів, які затверджені МОН України. В загальноосвітніх школах наявні кабінети основ здоров'я, які оснащені наступним чином: підручниками; навчальними посібниками; фаховими журналами з питань безпеки життєдіяльності, охорони здоров'я, валеології; довідковою літературою; науково-методичною літературою; матеріалами узагальненого педагогічного досвіду; розробками уроків. В школах наявні затверджені на кожний рік робочі програми, а вчителі мають технологічні карти проведення кожного уроку та конспекти матеріалів для кожного заняття.

Рівень викладання та його ефективність можна оцінити позитивно. На це вказує високий рівень (більше 80,0%) інформованості старшокласників про шляхи передачі та методи профілактики таких соціально небезпечних хвороб як ВІЛ-інфекція, туберкульоз та інфекції, що передаються статевим шляхом. Більше 80,0% опитаних 50 старшокласників знають шляхи передачі ВІЛ-інфекції. Повністю невірно оцінює шляхи інфікування на ВІЛ 3 (6,0%) опитаних учнів.

Старшокласники в своїй більшості (більше 80%) вірно знають методи профілактики передачі ВІЛ-інфекції. Не вірно оцінюють методи профілактики передачі ВІЛ-інфекції 4 (8,0%) респондентів. При цьому 5 (10,0%) опитаних старшокурсників вважає, що методом профілактики ВІЛ-інфікування може бути відмова від догляду за ВІЛ-інфікованою людиною.

Значна частка опитаних старшокурсників знають шляхи профілактики туберкульозу та ІПСШ. Так, методи профілактики туберкульозу знають 62,5% та ІПСШ – 76% опитаних. Впевнені, що мають загрози захворіти на туберкульоз 54,0% опитаних, на ВІЛ-інфекцію – 46,0% опитаних та ІПСШ – 62,0%. Такий рівень

впевненості може знизити настороженість та застосування методів особистої профілактики щодо вказаних хвороб.

Пропонуємо наступні шляхи підвищення ефективності навчальної дисципліни «Основи здоров'я» в загальноосвітніх школах: залучення до проведення занять з дисципліни «Основи здоров'я» практикуючих лікарів за профілем теми заняття та проведення частини занять з відвідуванням відповідних закладів охорони здоров'я: Центрів здоров'я, центрів профілактики та боротьби зі СНІДом, протитуберкульозних закладів охорони здоров'я, наркодиспансерів тощо.

Підсумовуючи, у статті визнається нагальна необхідність профілактичних заходів щодо стримування поширення соціально небезпечних захворювань серед молоді. Вивчаючи предмет «Основи здоров'я» в загальноосвітніх школах, учні можуть отримати знання та навички, необхідні для захисту власного здоров'я та прийняття обґрунтованих рішень, які сприятимуть профілактиці захворювань у їхніх громадах. Завдяки всебічній оцінці ефективності предмета ця стаття має на меті висвітлити його потенціал як цінного інструменту в боротьбі з цими проблемами громадського здоров'я та створенні здоровішого майбутнього для нашої молоді.

ПРЕДИКТОРИ РЕЗИЛЬЄНТНОСТІ В НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЯХ ГЛОБАЛЬНОГО ХАРАКТЕРУ

Олена ЯЦИНА

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Останні роки в науковому та побутовому дискурсі все частіше звертається увага на проблеми психічного здоров'я. Сутність психічного здоров'я, його роль у структурі здоров'я, умови та стратегії його збереження, відновлення та зміцнення розкриваються в документах ВООЗ (World Health Organization, 2021). В них

наголошується, що психічне здоров'я є невід'ємною та важливою складовою здоров'я. У конституції ВООЗ зазначається, що здоров'я – це стан повного фізичного, психічного та соціального благополуччя, а не лише відсутність хвороб або вад. Тобто, при аналізі сутності психічного здоров'я суттєвим є розуміння того, що психічне здоров'я – це більше, ніж відсутність психічних розладів [1].

Серед основних ризиків, які обумовлюють зниження психічного здоров'я, є стреси. Впродовж життя людина опиняється в ситуаціях, де зазнає впливу різних чинників, окремі з яких, з огляду на загрозливність, інтенсивність та непередбачуваність є травмівними. Що вказує на те, що подія є травмівною? В DSM-5 розглядається травма як результат «експозиції до смерті, загрози смерті, серйозного поранення або його загрози, сексуального насилля або його загрози, у такі способи: безпосередньо пережити, бути свідком, дізнатися про пережиття травми родичем або близьким другом, експозиція до відразливих деталей травми, зазвичай у часі виконання професійних обов'язків» (APA, 2013) [2].

Отже до травмівних належать події, що торкаються не тільки одного чи кількох людей, а охоплюють цілі спільноти, ставлячи під загрозу життя мешканців селищ, міст, регіонів, країн. Це стихійні лиха, терористичні акти, техногенні катастрофи, а також військові дії, в ході яких люди стають свідками смертей, руйнувань, піддаються тортурам та стикаються з необхідністю переселятися на нові місця проживання чи емігрувати в інші країни. Травмівний вплив таких подій через раптовість виникнення, масштабність охоплення, непрогнозованість наслідків, а також складність адаптації до нових умов мають найбільший ризик для порушень психічного здоров'я, зокрема, появи гострих стресових розладів, загострення та розвитку ПТСР. Дія травмівної ситуації послаблює адаптаційні можливості людини і, як наслідок, сприяє підвищенню рівня особистісної тривожності. Це пов'язано з тим, що травмівні події знижують відчуття безпеки, контроль, віру у справедливість навколишнього світу і зумовлюють стан підвищеної напруженості, емоційної нестабільності. Певна річ, що стрес внаслідок

травмівних подій, викликаних війною з РФ, виснажує як тих, хто перебуває в зоні бойових дій, так і тих, хто знаходиться у місцях, віддалених від лінії фронту, та не від загрози «прильотів». Війна з країною-агресоркою – це тривалий стрес, що став реальністю для мільйонів українців.

Як зауважує Л. Карамушка, «люди борються зі стресами, не замислюючись про те, що потрібно не боротися, а не допускати їх, виробляти життєстійкість із дитинства» [3]. В змісті процитованого фокус уваги зміщується – фактично є сенс звернутись до категорій «психологічна стійкість», «витривалість», «резильєнтність», які пов'язані з процесом адаптації особистості до стресу та роллю психічного ресурсу в надзвичайних ситуаціях глобального характеру.

Мету допису вбачаємо в здійсненні теоретичного огляду досліджень, пов'язаних з проблематикою резильєнтності в науковій літературі та висвітленні предикторів, що детермінують стійкість особистості.

Сам термін «резильєнтність» (в перекладі – подолання, опірність, стійкість, життєстійкість, життєздатність, відновлюваність) походить з металургії: вчені вивчали, яке навантаження може витримати шмат матеріалу, перш ніж він зламається. І деякі типи сталі могли витримувати дуже великі навантаження і не руйнувалися, а інші навпаки.

Аналіз наукової літератури показує, що дослідження резильєнтності людини є одним із пріоритетних у гуманістичному, позитивному, когнітивно-поведінковому напрямках психології. Вчені наголошують на вивченні процесів емоційного регулювання поведінкових реакцій у стресовій ситуації, способів подолання життєвих труднощів. Так, В. Хайнцем, І. Ламонтейном, Р. Стівенсоном, розроблено практичні прийоми копінг-поведінки (внутрішній діалог, розвиток почуття гумору, фізична активність). У рамках конструктивістського підходу Д. Геллерштейн розмежує дві складові резильєнтності: фізичну та психологічну. Наведемо тлумачення феномену «резильєнтність» дослідниками: Garmezy, 1991 розглядає поняття як здатність до відновлення і

підтримки адаптивної поведінки у відповідь на стресову подію [4, с. 72]; E.D. Miller, 2003 як здатність швидко відновлювати фізичні і душевні сили [5, с. 239–244]; G.A. Bonanno, 2004 як динамічний процес встановлення позитивної адаптації; здатність особистості підтримувати психологічний баланс під час потенційно небезпечних ситуацій [6, с. 21–27]; N. Henderson, 2013 досліджує захисні фактори, що сприяють підвищенню стійкості [7, с. 27].

З цього розуміємо, що резильєнтність – це характеристика прояву суб'єктності, що забезпечує здатність індивіда протистояти впливам стресорів та відновлюватись, спираючись на минулий досвід та на ресурси.

Термін резильєнтність часто вживається у значенні «спружинити назад» і означає те, як швидко індивід може повернутися до нормального функціонування, коли сталося щось жахливе. Після пережитої травми ми відчуваємо посттравматичні симптоми, відчуваємось виснаженими, розбалансованими, і це нормально. Як і те, що ми маємо здатність швидко повертатися до нормального функціонування за рахунок резильєнтності. Вона виступає властивістю особистості адаптуватися до непередбачуваних ситуацій.

Відтак, резильєнтність можна розглядати як можливість ефективно виходити з травми. При цьому постає питання зв'язку із феноменом посттравматичного психологічного зростання (ПТЗ, *posttraumatic growth*).

Дослідники Р. Тедескі та Л. Калхоун визначають посттравматичне зростанням як «досвід позитивних змін, унаслідок боротьби зі значною життєвою кризою» [8, с. 1]. Наразі недостатньо даних психометричних досліджень, які б змогли представити структуру ПТЗ, проте досліджуються передумови, ознаки та особистісні характеристики особистості, які сприяють не лише відновленню після травми, а й посттравматичному зростанню. Так, S. Josef та P.A. Linley дослідили передумови посттравматичного зростання, де . описали такі фактори, як резильєнтність, індивідуальні особливості і вибір копінг-стратегій,

оптимізм, екстравертованість, самоефективність, що дозволяють використовувати внутрішні духовні і емоційні ресурси для подолання травматичних наслідків та подальшого зростання [9, pp. 11–21]. Дослідники S.G. Lepore та T.A. Revenson (2006) вважають, що резильєнтність відіграє важливу роль у здатності та формуванні посттравматичного зростання особистості [10].

Разом із тим, R.G. Tedeschi та L.G. Calhoun у своїх останніх дослідженнях експериментально вивчили складні відношення між ПТЗ та резильєнтністю. Їхні напрацювання доводять, що між цими двома процесами існує інверсійна (зворотна) залежність: чим більша резильєнтність у людини, тим менші показники ПТЗ. Високо резильєнтні особистості мають потужні навички копінгу, водночас вони не здатні боротися з психологічними наслідками травми. Вони також не мають внутрішньої мотивації до відчуття нових переживань, що несе в собі багато нових можливостей для особистісних змін, які пропонує сама травматична ситуація з її емоційною напругою [8]. Також Р. Тедескі, Л. Калхун вважають посттравматичне зростання досвідом позитивних змін, які виникають у результаті подолання індивідом важких життєвих травм вальних подій. Вони описують його як ситуацію, за якої розвиток особистості, принаймні в окремих сферах, перевищив свій попередній рівень, той, який був до того, як в житті з'явилася ттравмувальна подія. Тобто індивід значуще змінюється відносно свого попереднього стану. Як зазначають дослідники, ці зміни проявляються у різних напрямках: зростання цінування життя в цілому, наповнення стосунків смислами, зростання почуття особистої сили, зміна пріоритетів, збагачення духовного життя тощо. Загалом, погляди Р. Тедескі та Л. Калхуна на виміри посттравматичного зростання відображені в опитувальнику їх авторства (Опитувальник посттравматичного зростання, The Post-traumatic Growth Inventory (PTGI)), який містить 5 субшкал: ставлення до інших; нові можливості; особистісна сила; духовні зміни; цінування життя [8]. С. Джозеф виділяє три виміри такого зростання: стосунки (люди часто описують, що їхні стосунки

покращилися у певний спосіб, приміром, вони стали їх більше цінувати, співчувати іншим); погляд на себе (постраждалі говорять, що набули відчуття власної сили і стійкості, зроста їхня упевненість у собі); життєва філософія (у людей з'являється почуття вдячності за кожен новий прожитий день, або відбувається перегляд того, що є насправді важливим для них) [11].

Резюмуючи вищезазначене, резильєнтність – це здатність до самозахисту в умовах стресу. Відтак, вважаємо, що предикторами резильєнтності в ситуаціях, пов'язаних із стресом, є:

1) емоційний досвід, отриманий індивідом, що дозволив подолати стресову ситуацію

2) усвідомлення загрози, яка виникає в реальному житті та розширення можливостей їх подолати/оминути/зменшити

3) опора на зовнішні (соціальна підтримка) і внутрішні (особистісні якості, цінності, смисли) ресурси індивіда.

Перспективу подальших розвідок вбачаємо у дослідженні формування резильєнтності як компетентності в освітній парадигмі.

Література

1. https://climate-adapt.eea.europa.eu/en/about/who_copyrights_notice.pdf

2. <https://psycnet.apa.org/record/2013-14907-000>

3. Karamushka, L. (2021). MENTAL HEALTH: ESSENCE, MAIN DETERMINANTS, STRATEGIES AND PROGRAMS. PSYCHOLOGICAL JOURNAL, 7 (5), 26-37. <https://doi.org/10.31108/1.2021.7.5.3>

1. 4. Werner E. Risk, resilience, and recovery: perspectives from the Kauai longitudinal study // Development and psychopathology. 1993. V. 5. P. 503–515.

4. Miller E.D. Reconceptualizing the role of resiliency in coping and treatment // Journal of loss and trauma. 2003. №8. P. 239–246.

5. Bonanno G.A. Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely adverse events? // American Psychologist. 2004. Vol. 59. P. 20–28.

6. Henderson N. Havens of Resilience // Educational Leadership, September. 2013. Vol. 71. № 1. P. 22–27.
7. Tedeschi R. G., Calhoun L. G. Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence. Psychological Inquiry. 2004. No. 1, Vol. 15. P. 1–18.
8. Joseph, S., Linley, P.A. (2004) Positive Change Following Trauma and Adversity: A Review // Journal of Traumatic Stress, Vol. 17, No. 1, February 2004, pp. 11–21.
9. Lepore, S. J., & Revenson, T. A. (2006). Resilience and posttraumatic growth: Recovery, resistance, and reconfiguration. In L. G. Calhoun, & R. G. Tedeschi (Eds.), Handbook of posttraumatic growth, research and practice (pp. 24–46). Mahwah, NJ: Routledge.
10. Шелюг О.А. Багатовимірність феномену посттравматичного росту: біологічний, психологічний та соціокультурний складники особистісних трансформацій / О. А. Шелюг // Психологія і особистість. – 2014. – № 1 (5). – С. 112–129.

Наукове видання

**ЗБІРНИК МАТЕРІАЛІВ
МІЖНАРОДНОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ**

**«ОСОБЛИВОСТІ ПІДГОТОВКИ СПЕЦІАЛІСТІВ ПО
ЗБЕРЕЖЕННЮ ТА ЗМІЦНЕННЮ ЗДОРОВ'Я
НАСЕЛЕННЯ В НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЯХ
ГЛОБАЛЬНОГО ХАРАКТЕРУ»**

9 червня 2023 року

Формат 60x84/16. Гарнітура Times New Roman
Ум.друк.арк. 9,3. Обл.вид.арк. 6,8.
Зам. №54. Наклад 100 прим.

Редакційно-видавничий відділ УжНУ.
88015, м. Ужгород, вул. Заньковецької, 89.
E-mail: dep-editors@uzhnu.edu.ua

Видавництво УжНУ «Говерла».
88000, м. Ужгород, вул. Капітульна, 18.
*Свідоцтво про внесення до державного реєстру
видавців, виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції
Серія 3т № 32 від 31 травня 2006 року*