

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ІМЕНІ І. Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО МОЗ УКРАЇНИ  
АККОНСЬКИЙ ГУМАНІТАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ БЕРЛІНУ

# МАТЕРІАЛИ

*ДРУГОГО МІЖНАРОДНОГО  
УКРАЇНО-НІМЕЦЬКОГО СИМПОЗИУМУ  
З ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я*

*«Громадське здоров'я в соціальному і освітньому просторі – виклики  
сьогодення і перспективи розвитку»*

**22-24 вересня 2020 року  
м. Тернопіль**

Тернопіль  
ТНМУ  
«Укрмедкнига»  
2020

УДК 614.2:351.77(063)

**Відповідальні за випуск:** завідувач кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я ТНМУ імені І. Я. Горбачевського МОЗ України проф. Сатурська Г.С.

та доцент кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я ТНМУ імені І. Я. Горбачевського МОЗ України Слободян Н.О.

**Громадське здоров'я в соціальному і освітньому просторі – виклики сьогодення і перспективи розвитку:** матеріали Другого міжнар. укр.-нім. симп. з громад. здоров'я, 22–24 верес. 2020 р. – Тернопіль : ТНМУ, 2020. – 67 с.

Відповідальність за представлені результати досліджень несуть автори тез.

# НАУКОВЕ ПІДГРУНТЯ ДЛЯ ФОРМУВАННЯ СТРАТЕГІЧНИХ РІШЕНЬ В ГАЛУЗІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я. ОСВІТНЯ ДІЯЛЬНІСТЬ В СФЕРІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я ТА ПІДГОТОВКА ФАХІВЦІВ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я.

*Грузєва Т.С.*

## ПРІОРИТЕТИ ТА МЕТОДИЧНІ АСПЕКТИ ОСВІТНЬОЇ ПРОГРАМИ З ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я ДЛЯ МАГІСТРІВ МЕДИЦИНИ

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

(Київ, Україна)

**Вступ.** Процес розбудови національних систем охорони здоров'я включає в себе формування та зміцнення служб громадського здоров'я як важливих складників для досягнення стратегічних цілей здоров'я і благополуччя. У зв'язку з цим, постають складні завдання щодо визначення стратегії розвитку людських ресурсів у громадському здоров'ї, підготовки кадрів громадського здоров'я та магістрів медицини, яким належить співпрацювати з фахівцями громадського здоров'я. Оволодіння магістрами медицини необхідним рівнем знань та набуття потрібних компетентностей потребувало формування нової освітньої програми з соціальної медицини та громадського здоров'я, її сучасного навчально-методичного забезпечення.

**Основна частина.** Концептуальну основу підготовки фахівців другого рівня вищої освіти освітньої кваліфікації «магістр медицини» з питань громадського здоров'я було закладено у навчальній програмі навчальної дисципліни «соціальна медицина, громадське здоров'я», яку затверджено та впроваджено у навчальний процес закладів вищої медичної освіти з 2018 р. Пріоритетними завданнями такої підготовки стали засвоєння майбутніми лікарями знань, набуття вмінь та формування компетентностей з питань охорони і зміцнення здоров'я, а також реалізації профілактичних програм в повсякденній лікувально-профілактичній діяльності. Адже в сучасних умовах перед лікарем постають завдання не лише проведення належної медичної практики в питаннях надання індивідуальної допомоги пацієнтам, а й, насамперед, визначення та реалізації організаційних заходів щодо профілактики негативних зрушень у здоров'ї населення, впливу на їх першопричини з метою попередження чи зменшення негативної дії.

Успішне здійснення профілактичної роботи потребує постійної співпраці медичних працівників зі службою громадського здоров'я, а також надання ними індивідуальних послуг громадського характеру, зокрема консультування з різнобічних питань здоров'я, вакцинації та формування здорового способу життя. Такий підхід підвищує вимоги щодо обізнаності лікарів в питаннях теорії і практики громадського здоров'я, стратегії і тактики зміцнення здоров'я, обґрунтування, складання та впровадження профілактичних програм, створення коаліцій зацікавлених сторін з представниками інших галузей, владних та бізнесових структур, місцевих громад, благодійних організацій тощо.

З огляду на профілактичні функції медичного персоналу навчальний контент програми з соціальної медицини та громадського здоров'я включає

широке коло теоретичних і практичних питань їх забезпечення, який викладено у чотирьох модулях «біостатистика», «громадське здоров'я», «організація охорони здоров'я» та «економіка охорони здоров'я».

Відповідно до положень, викладених у документах ASPHER та APHEA, змістове наповнення навчальної програми включає питання моніторингу та оцінки здоров'я і благополуччя, встановлення причин нездоров'я, аналізу діяльності системи охорони здоров'я, окремих її служб, закладів тощо, визначення пріоритетів діяльності, обґрунтування стратегій та скоординованих дій, реалізації профілактичних заходів, оцінки їх ефективності.

Створене відповідно до навчальної програми сучасне навчально-методичне забезпечення включає принципово нові підручники «Біостатистика» та «Громадське здоров'я», авторами яких стали висококваліфіковані науково-педагогічні працівники провідних закладів вищої медичної освіти України, а також методичні рекомендації для студентів та викладачів. В підручнику «Біостатистика» з сучасних позицій представлено методичні основи організації біостатистичних досліджень; розкрито методи описової та аналітичної статистики з доповненням їх аналізом виживаності та аналізом потужності, всебічно охарактеризовано епідеміологічні методи вивчення захворювань, питання діагностики та аналізу результатів епідеміологічних досліджень, помилок та методів їх мінімізації; приділено увагу базовим поняттям та принципам доказової медицини, якості наукових досліджень як передумові надійності доказів, джерелам даних з доказової медицини; розкрито інформаційне та програмне забезпечення статистичних досліджень в охороні здоров'я; висвітлено різні форми представлення наукових робіт.

Навчальний контент підручника «Громадське здоров'я» охоплює загальні питання сфери громадського здоров'я, та конкретні функції та послуги громадського здоров'я. З сучасних позицій розкрито взаємозалежність популяційного здоров'я та його детермінант, окреслено внесок різних секторів економіки та суспільства у формування здоров'я, охарактеризовано сектор охорони здоров'я, з'ясовано роль працівників первинної ланки охорони здоров'я в охороні, зміцненні здоров'я та профілактиці захворювань спільно з фахівцями громадського здоров'я, доведено необхідність вдосконалення лідерства й інтегрованого колективного стратегічного керівництва в інтересах здоров'я.

Значну увагу в підручнику приділено теоретичним основам і принципам громадського здоров'я; моделям та концепціям здоров'я населення, провідним детермінантам та чинникам ризику для здоров'я, питанням рівності в охороні здоров'я. Висвітлено наявні проблеми здоров'я населення та сучасні виклики; політику і стратегії громадського здоров'я, правові та етичні аспекти; принципи і положення соціальних наук в громадському здоров'ї; потреби населення в послугах громадського здоров'я; організаційну структуру, фінансування, кадрове забезпечення системи громадського здоров'я; основні оперативні функції та бачення майбутнього систем громадського здоров'я.

**Висновок.** Підготовка магістрів медицини в рамках навчальної дисципліни «соціальна медицина, громадське здоров'я» та використання нового навчально-методичного забезпечення сприятиме формуванню у майбутніх лікарів широти світогляду та глибини аналітичного мислення в питаннях

забезпечення здоров'я та благополуччя населення, набуттю необхідних навичок з реалізації профілактичних стратегій в охороні здоров'я.

*Грузєва Т.С., Гречишкіна Н.В.*

## **ОСВІТНЬО-ПРОФЕСІЙНІ ПРОГРАМИ ПІДГОТОВКИ БАКАЛАВРІВ ТА МАГІСТРІВ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я**

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця  
(Київ, Україна)

**Вступ.** Розвиток кадрових ресурсів громадського здоров'я передбачає підготовку широкого кола фахівців, здатних успішно здійснювати діяльність з профілактики захворювань та продовження тривалості життя населення. Враховуючи складність завдань, численність викликів та невизначеність умов, в яких потрібно приймати рішення працівникам служби громадського здоров'я, вимоги до їх освітньої підготовки є надзвичайно високими.

**Основна частина.** Низкою нормативно-правових документів державного рівня в Україні закладено основи формування системи громадського здоров'я та її кадрового забезпечення. Концепція розвитку системи громадського здоров'я висуває вимоги до підготовки нової генерації фахівців громадського здоров'я. До переліку спеціальностей, за якими здійснюється підготовка здобувачів вищої освіти, включено спеціальність «громадське здоров'я». В Плані заходів МОЗ України щодо реалізації Концепції розвитку системи громадського здоров'я в Україні передбачено розробку Національного плану з розвитку кадрових ресурсів у системі громадського здоров'я. Він включає питання навчання та підвищення кваліфікації, забезпечення мобільності, можливостей кар'єрного зростання, розробку і затвердження освітніх стандартів та освітніх програм для забезпечення триступеневої підготовки фахівців громадського здоров'я, у т. ч. в рамках бакалаврату, магістратури та аспірантури, а також безперервного професійного розвитку. На виконання вказаного плану заходів в країні розроблено та затверджено освітні стандарти підготовки бакалаврів та магістрів громадського здоров'я. Наказом МОЗ України від 17.08.2020 р., №1874 сформовано міжвідомчу робочу групу з питань розвитку кадрових ресурсів у системі громадського здоров'я, в яку включено представників НМУ імені О.О. Богомольця.

З огляду на актуальність формування кадрового потенціалу системи громадського здоров'я в НМУ імені О.О. Богомольця з 2017 р. триває робота з обґрунтування та створення освітньо-професійних та науково-освітніх програм.

У 2017 р. було розроблено наскрізну освітньо-професійну програму підготовки магістрів громадського здоров'я з п'ятирічним терміном навчання з урахуванням кращого європейського і міжнародного досвіду, рекомендацій ВООЗ та ЄР ВООЗ, Європейської програми ключових компетенцій фахівців громадського здоров'я, ASPHER.

У 2020 р. обґрунтовано та розроблено освітньо-професійні програми підготовки бакалаврів та магістрів відповідно до освітніх стандартів. Формуванню освітньо-професійних програм передував аналіз засад державної політики в охороні здоров'я, національного контексту розвитку громадського

здоров'я, сучасних викликів та загроз для здоров'я, організаційних моделей надання послуг громадського здоров'я в країнах Європи та світу.

Методологічною основою освітніх програм стали відповідні державні стандарти освіти, Європейська програма ключових компетенцій фахівців громадського здоров'я, ASPHER, світовий та європейський досвід підготовки фахівців громадського здоров'я, який охоплював понад 50 навчальних програм і планів університетів Польщі, Латвії, Литви, Угорщини, Болгарії, Швеції, Австралії, Канади та США.

Освітньо-професійна програма першого (бакалаврського) рівня вищої освіти за спеціальністю «громадське здоров'я» передбачає обсяг 240 кредитів ЄКТС, у т. ч. 180 кредитів ЄКТС - для обов'язкових компонентів (75%) і 60 кредитів ЄКТС – для вибіркових компонентів (25%). Нормативна тривалість освітньої програми при профільній підготовці становить чотири роки на базі повної середньої освіти. Форма навчання – очна (денна). По завершенню навчання здійснюється атестація у формі єдиного державного кваліфікаційного іспиту «Крок» та практично-орієнтованого іспиту.

Освітньо-професійна програма другого (магістерського) рівня вищої освіти за спеціальністю «громадське здоров'я» передбачає обсяг 120 кредитів ЄКТС, у т. ч. 90 кредитів ЄКТС - для обов'язкових компонентів (75%) і 30 кредитів ЄКТС – для вибіркових компонентів (25%). Нормативна тривалість освітньої програми при профільній підготовці становить один рік і десять місяців на базі першого рівня вищої освіти (бакалавр). Форма навчання – очна (денна). По завершенню навчання здійснюється атестація у формі єдиного державного кваліфікаційного іспиту «Крок» та публічного захисту кваліфікаційної роботи.

В освітніх програмах визначено компетентнісну основу майбутніх фахівців громадського здоров'я, яка включає інтегральні, загальні та спеціальні компетенції.

**Висновок.** Впровадження в освітній процес запропонованих освітньо-професійних програм підготовки бакалаврів та магістрів громадського здоров'я сприятиме формуванню сучасних кадрових ресурсів у сфері громадського здоров'я та успішній реалізації покладених на них функцій..

УДК 351.77:616-08-039.75:33.021.8 [477]

*Сатурська Г.С., Шишацька І.М., Коллінс Д.М.*

## **РОЛЬ ЦЕНТРІВ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я У РОЗВИТКУ ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ**

Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського  
МОЗ України

**Вступ.** Серед багатьох завдань центрів громадського здоров'я в Україні одним із пріоритетних завдань є розвиток та покращення надання паліативної допомоги, оскільки в умовах реформування медичної допомоги саме паліативна допомога є важливою складовою системи охорони здоров'я та соціального

захисту громадян України і забезпечує реалізацію прав людини на гідне завершення життя та максимальне зменшення болю і страждань.

**Основна частина.** Паліативне лікування – це всебічна кваліфікована медична допомога невиліковному хворому і членам його родини на етапі неконтрольованого прогресування хвороби. Паліативна допомога включає також елементи медичної і соціальної реабілітації, спрямованої на підтримку максимально можливої фізичної і духовної активності хворого на усіх етапах перебігу хвороби. Курс України на євроінтеграцію вимагає відповідної політики та дотримання міжнародних підходів та стандартів в усіх аспектах суспільного життя, в тому числі, у сфері охорони здоров'я та соціального захисту. Згідно рекомендацій ВООЗ та Комітету Міністрів ради Європи (2003) Паліативна допомога має стати одним з пріоритетних напрямів політики охорони здоров'я в Європейському регіоні.

**Висновок.** Одним із пріоритетних завдань центрів громадського здоров'я України є розвиток та покращення якості надання паліативної допомоги згідно світових стандартів, адже паліативна та хоспісна допомога є комплексом медичних, соціальних, психологічних заходів, спрямованих на покращення якості життя пацієнтів з невиліковними хворобами та обмеженим прогнозом життя. Серед основних завдань паліативної та хоспісної допомоги фахівці центрів громадського здоров'я розглядають максимально можливе зменшення болю, фізичних та психічних страждань, усунення або зменшення розладів життєдіяльності та інших важких проявів захворювань, професійний догляд, психологічну, соціальну та духовну підтримку пацієнтів та членів їхніх сімей.

УДК 628.4.046:628.513

*Брезицька Д.М.*

## **ОГЛЯД ОСНОВНИХ МЕТОДІВ УТИЛІЗАЦІЇ МЕДИЧНИХ ВІДХОДІВ**

ДУ «Інститут громадського здоров'я  
ім. О.М. Марзєєва НАМН України»

**Вступ.** Медичні відходи можуть призводити до розповсюдження різних інфекційних захворювань, а також механічних пошкоджень. Особливо в час пандемії коронавірусної інфекції, коли кількість небезпечних медичних відходів стала набагато більшою. А крім закладів охорони здоров'я їх продукує і населення. Тому утилізація медичних відходів потребує особливої уваги.

**Мета.** Проаналізувати основні методи утилізації медичних відходів.

**Матеріали і методи.** Було проаналізовано матеріали нормативних документів, наукових праць і статей. Використано методи: санітарно-гігієнічний, статистичний, описовий, аналітичний.

**Результати.** До основних методів утилізації медичних відходів належать: спалювання медичних відходів в печах – інсенеаторах, автоклавування, хімічна дезінфекція, знезараження медичних відходів мікрохвилями, стерилізація інфрачервоним, радіоактивним та іонізуючим випромінюванням. Кожен з методів має як переваги так і недоліки, а це токсичність,

випромінювання, твердий залишок, викид небезпечних хімічних речовин при спалювання.

**Висновки.** Найоптимальнішим з точки зору безпеки для людей і довкілля є метод спалювання у інсінераторах. Він повністю виключає токсичні викиди в атмосферу завдяки особливій системі очищення, а також знищує всі патогенні мікроорганізми, і цим саме перешкоджає розповсюдженню інфекційних захворювань.

УДК 616.98:578.834.1:351.77

*Романюк Л.М., Романюк Н.Є., Скобляк П.І.*

## **РОЛЬ ДЕРЖАВНИХ ІНСТИТУЦІЙ У КОНТРОЛІ ЕПІДЕМІЧНОЇ СИТУАЦІЇ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ COVID-19**

Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського  
МОЗ України

**Вступ.** В умовах сучасних загрозливих викликів, пов'язаних з непрогнозованими наслідками пандемії Covid-19, зростає роль державних інституцій у сфері контролю епідемічної ситуації в країні та забезпечення безпеки і здоров'я громадян.

**Мета.** Мета дослідження полягає в аналізі концептуальних підходів до організації та управління епідемічною ситуацією в Україні в умовах пандемії гострої респіраторної хвороби COVID-19 та ролі основних державних інституцій у її контролі з урахуванням сучасних глобальних викликів.

**Основна частина.** На дату оголошення (11.03.2020) Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) пандемії COVID-19 органи державної влади та місцевого самоврядування зіткнулися з необхідністю вжиття термінових заходів щодо забезпечення готовності до кризового реагування на глобальні загрози.

На сьогоднішній день уряди більшості країн світу зосереджені на боротьбі з глобальною загрозою – пандемією COVID-19. До ефективних інструментів захисту населення від інфекційних захворювань належать такі заходи, як призупинення функціонування певних об'єктів, запровадження обмежень з метою суттєвого зниження мобільності населення, соціального дистанціювання та локалізації осередків інфекції. Водночас масштабність обмежень спричиняє значний негативний вплив на повсякденне життя населення, функціонування суспільних і державних інститутів, національних економік. Враховуючи швидку зміну ситуації та масштаби подій навколо пандемії коронавірусу COVID-19, ще зарано робити остаточні висновки, проте вже виявлено деякі проблеми реагування на поширення коронавірусної інфекції в Україні.

З метою забезпечення безпеки та стійкості критичної інфраструктури, як визначального елемента системи національної безпеки, удосконалення механізмів та процедур реагування на загрози різного походження, в тому числі комплексного характеру, Національним інститутом стратегічних досліджень рекомендовано:



Апарату Ради національної безпеки і оборони України утворити тимчасову міжвідомчу робочу групу з питань безпеки та стійкості критичної інфраструктури;

Кабінету Міністрів України: забезпечити доопрацювання з урахуванням іноземного та національного досвіду протидії поширенню COVID-19 та внесення на розгляд Верховної Ради України проекту Закону України «Про безпеку та стійкість критичної інфраструктури»; розробити і затвердити порядок віднесення об'єктів до КІ; забезпечити ведення реєстру таких об'єктів ;

Міністерству охорони здоров'я України: опрацювати питання щодо функціонування підсистеми забезпечення санітарного і епідемічного благополуччя населення та державної системи цивільного захисту в умовах поширення COVID-19.

Центру громадського здоров'я МОЗ України: проводити постійний моніторинг епідемічної ситуації в країні та готувати щоденну оперативну інформацію про поширення коронавірусної інфекції 2019-nCoV.

Державній комісії з питань техногенно-екологічної безпеки та надзвичайних ситуацій: раз на сім днів приймати рішення про встановлення на території регіону або окремих адміністративно-територіальних одиниць регіону рівня епідемічної небезпеки “жовтий”, “помаранчевий” або “червоний”.

Ознаки для визначення регіону зі значним поширенням COVID-19.

Відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 22.07.2020 №641 «Про встановлення карантину та запровадження посилених протиепідемічних заходів на території із значним поширенням гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2» (<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/641-2020-п#n185>) залежно від епідемічної ситуації в регіоні або районі чи місті обласного значення може бути встановлений рівень епідемічної небезпеки поширення COVID-19.

“Жовтий”, “помаранчевий” або “червоний” рівень епідемічної небезпеки встановлюється на території регіону, в якому наявне значне поширення COVID-19.

Регіоном із значним поширенням COVID-19 вважається регіон, в якому наявна хоча б одна з таких ознак:

- завантаженість ліжок у закладах охорони здоров'я, визначених для госпіталізації пацієнтів з підтвердженим випадком COVID-19, становить більш як 50 відсотків протягом п'яти днів підряд;

- середня кількість тестувань методом полімеразної ланцюгової реакції та імуноферментного аналізу становить менш як 24 тестування на 100 тис. населення протягом останніх семи днів;

- показник захворюваності на COVID-19 за 14 днів на 100 тис. населення перевищує базовий рівень захворюваності.

Міністерство охорони здоров'я України щодня оновлює ознаки для визначення регіону із значним поширенням COVID-19 та публікує їх на сторінці сайту.

На підставі цих ознак, Державна комісія з питань техногенно-екологічної безпеки та надзвичайних ситуацій раз на сім днів приймає рішення про встановлення на території регіону або окремих адміністративно-територіальних одиниць регіону рівня епідемічної небезпеки “жовтий”,

“помаранчевий” або “червоний”. З діючими рівнями епідемічної небезпеки можна ознайомитись за посиланням <https://covid19.gov.ua/karantynni-zakhody>.

Рішення про послаблення “червоного”, “помаранчевого” та “жовтого” рівня епідемічної небезпеки не може бути переглянуто раніше ніж через 14 днів з дня встановлення такого рівня епідемічної небезпеки.

Протидія поширенню COVID-19 передбачає заходи, які безпосередньо впливають на повсякденне життя країн, функціонування суспільних і державних інститутів, національні економіки. Ці заходи включають, серед іншого, призупинення (повне або часткове) роботи певних підприємств, установ та об’єктів, а також обмеження, спрямовані на суттєве зниження мобільності населення та зменшення кількості контактів між людьми, локалізацію осередків інфекції тощо. З іншого боку, запобігаючи поширенню інфекції, такі заходи мають величезний негативний вплив на економіку як у глобальному, так і у національному вимірах. У зв’язку з цим механізми державного управління різних країн світу, включаючи й Україну, проходять випробування на здатність ефективно реагувати на масштабні кризи комплексного характеру, не втрачаючи при цьому можливостей для підтримки життєдіяльності та швидкого відновлення нормального функціонування після відвернення загрози.

**Висновки.** У сучасних умовах загрозливих викликів та наслідків, пов’язаних з існуючою пандемією Covid-19 та поглибленням негативних світових економічних проблем, особливо зростає роль функціонального забезпечення діяльності установ у сфері охорони громадського здоров’я та державних інституцій у сфері контролю епідемічної ситуації в країні.

*Грузева Т.С., Іншакова Г.В.*

## **СУЧАСНІ АСПЕКТИ НАВЧАННЯ БІОСТАТИСТИКИ В КУРСІ ВИВЧЕННЯ НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ «СОЦІАЛЬНА МЕДИЦИНА, ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ’Я»**

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця (Київ, Україна)

**Вступ.** В епоху змін, що здійснюються у вищій освіті, в т. ч. і медичній, важливого значення набуває підготовка висококваліфікованих фахівців, здатних бути конкурентоспроможними на міжнародному ринку праці. Стрімкий розвиток системи громадської охорони здоров’я в Україні вимагає формування для неї сучасного кадрового потенціалу з громадського здоров’я. Обізнаний професіонал повинен впевнено і результативно відповідати виклики. Отже, головним для фахівця охорони здоров’я, у т. ч. і з громадського здоров’я, є прийняття рішення в умовах невизначеності як в клінічній практиці, так і у втручаннях на рівні суспільства. Для цього необхідно мислити категоріями статистики, тому що прийняття рішення багато в чому залежить від коректного аналізу і тлумачення даних. Це потребує належної уваги до розвитку навчальної дисципліни «соціальна медицина, громадське здоров’я» в цілому та «біостатистики» зокрема.

**Основна частина.** Відомо, що поверхневе розуміння та некоректне застосування медико-статистичних методів призводить, в кінцевому рахунку,

до прийняття неправильних рішень. За таких умов нагальним завданням є якісна підготовка майбутніх магістрів громадського здоров'я в закладах вищої освіти. Це, в свою чергу, вимагає розробки нових або удосконалення існуючих освітніх програм. У 2018/2019 н.р. в закладах вищої медичної освіти України було впроваджено нову освітню програму з навчальної дисципліни «Соціальна медицина, громадське здоров'я» для підготовки магістрів з медицини, яка включає 4 модулі, перший з яких - «Біостатистика». Введення в освітній процес нової програми потребувало суттєвих змін в тематичних планах. Порівняно з попередньою програмою на засвоєння біостатистики було вдвічі збільшено кількість години. Обсяг модуля становить 90 годин (3 кредити), з них лекції - 20 годин, практичні заняття – 30 та самостійна робота студента – 40 годин.

Було створено сучасний масив тестових завдань, задач для розв'язування на практичних заняттях. Видано методичні розробки для практичних занять з біостатистики, запропоновано сучасні форми подачі дидактичних матеріалів. Ведення занять передбачалося з використанням ділової гри, «мозкового штурму», роботи в команді, проведення дискусій, діалогу тощо. Також було розширено тематику практичних занять, а теми, що були відведені на самостійне опрацювання, стали розглядатися на аудиторних практичних заняттях. Що стосується самостійної роботи студента, то, крім пропозицій щодо тематики робіт та традиційного написання реферату з огляду літератури, студентам пропонувалося провести самостійне наукове дослідження у галузі медицини – аналітичне, соціологічне, та представити його результати у вигляді наукової роботи і презентації. Лекції з біостатистики представлено у вигляді відеороликів, що має суттєві переваги. Студенти можуть продивлятися матеріал в зручний для себе час і прослуховувати його декілька разів. Такий метод навчання є особливо актуальним в умовах дистанційної форми навчання, в період карантину, коли дидактичні матеріали розміщуються на інтерактивній платформі, а студенти в реальному часі, за розкладом, вирішують завдання, відповідають на тести, прослуховують лекції, отримують консультації тощо.

**Висновки.** Отже, вивчення біостатистики є невід'ємною складовою підготовки майбутніх лікарів з навчальної дисципліни «соціальна медицина, громадське здоров'я». Глибокі біостатистичні знання допомагають приймати правильні та обґрунтовані рішення фахівцям охорони здоров'я, у т. ч. у сфері громадського здоров'я. Для успішного засвоєння біостатистики необхідно задіяти сучасні підходи, принципи, форми, засоби, технології та методи навчання.

УДК 616:613.8:614.1

*Панчишин Н.Я., Галицька-Хархаліс О.Я., Смірнова В.Л.*

## **ГЛОБАЛЬНИЙ ТЯГАР ХВОРОБ ЯК ІНТЕГРАЛЬНИЙ ІНДИКАТОР ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ**

Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського  
МОЗ України

**Вступ.** Протягом останніх двох десятиліть відбулася різка трансформація глобального стану охорони здоров'я. Тривалість життя в усьому світі зросла як

ніколи раніше і, в результаті, населення планети в середньому стало старіше. Кількість людей в світі з кожним роком зростає; багато країн досягли виняткових успіхів у плані профілактики дитячої смертності. В результаті вплив захворювань все в більшій мірі визначається саме інвалідністю, а не передчасною смертністю. Головними причинами смертності та інвалідності на даний час є не інфекційні дитячі захворювання, а неепідемічні хвороби дорослих. Переїдання перевершило недоїдання в якості основного фактора ризику розвитку захворювань. Фактори ризику, такі як раціон харчування, підвищений артеріальний тиск, вживання алкоголю, куріння, підвищений індекс маси тіла і нестача фізичної активності призвели до зростання саме неінфекційних захворювань, в той час як ризику, пов'язані з дитячими захворюваннями, включаючи недостатнє годування грудьми і недостатню масу тіла у дітей, притаманні країнам з низьким рівнем доходу. Хоча ці тенденції є очевидними в світовому масштабі, на рівні регіонів і країн спостерігаються значні відмінності.

Підхід у дослідженні глобального тягаря хвороб (ГТХ) є планомірною науковою спробою кількісної оцінки порівняльної величини втрати здоров'я, спричиненої захворюваннями, травмами і факторами ризику, пов'язаними з віком, статтю і географічним положенням для певних моментів часу.

**Мета.** Проаналізувати основні принципи підходу у дослідженні глобального тягаря хвороб.

**Матеріали і методи.** Основні джерела статистичної інформації, аналітичні та статистичні методи.

**Результати.** Базовим принципом підходу, який використовується в дослідженні ГТХ, є те, що кожна людина повинна проживати довге і повністю здорове життя. Саме тому дослідники в рамках дослідження ГТХ прагнуть оцінити розрив між цим ідеалом і реальністю. Розрахунок цього розриву вимагає оцінки двох основних компонентів: кількості втрачених років життя в результаті передчасної смерті і кількості років, прожитих з інвалідністю.

У дослідженні ГТХ використовуються тисячі джерел даних по всьому світу для оцінки впливу захворювань. В якості першого кроку дослідники в рамках дослідження ГТХ оцінюють дитячу і дорослу смертність за допомогою таких джерел даних, як системи обліку актів цивільного стану перепису населення та дослідження домогосподарств. Кількість втрачених років життя в результаті передчасної смерті від різних причин розраховується за допомогою даних обліку актів громадянського стану населення до медичних висновків про причини смерті (за наявності), а також даних з таких джерел, як опитування членів сім'ї та очевидців про обставини смерті в країнах, в яких відсутня система медичних висновків про причини смерті. Кількість років, прожитих з інвалідністю, оцінюється за допомогою таких джерел як реєстри онкологічних хворих, дані амбулаторних і стаціонарних лікувальних закладів, а також безпосередня оцінка слуху, зору і роботи легенів. Після оцінки кількості втрачених років життя в результаті передчасної смертності та кількості років, прожитих з інвалідністю, дослідники в рамках дослідження ГТХ об'єднують ці дві оцінки для отримання кількості років життя, наведеного з урахуванням інвалідності. Нарешті, дослідники виконують кількісну оцінку числа випадків

передчасної смерті та інвалідності, пов'язаних з різними факторами ризику, використовуючи дані за ступенем впливу і дії різних факторів ризику.

Дослідження ГТХ дає високоякісні оцінки рівня захворювань і травм, більш точні, ніж публікуються фахівцями з окремих захворювань. Розрахунок ГТХ було створено почасти тому, що за спостереженнями дослідників оцінки смертності в рамках досліджень окремих захворювань при підсумовуванні давали загальне число смертей, яке перевищує 100%.

Крім забезпечення порівнюваних даних і комплексної картини причин передчасної смертності та інвалідності, дослідження ГТХ також оцінює тягар хвороб, пов'язаних з різними факторами ризику. Підхід дослідження ГТХ виходить за рамки оцінок поширеності певних факторів ризику, наприклад числа курців або людей, що зловживають алкоголем серед всього населення. За рахунок порівняльної оцінки ризиків дослідження ГТХ включає як дані про поширеність певних факторів ризику, так і дані про відповідну шкоду, що заподіюється кожним фактором. У дослідженнях враховуються дані про передчасну смертність і інвалідність, пов'язану з підвищеним артеріальним тиском, вживанням тютюну і алкоголю, недостатніми фізичними навантаженнями, забрудненням повітря, нездоровим раціоном харчування та іншими факторами ризику, що приводять до погіршення здоров'я. Гнучкі алгоритми обробки даних дослідження ГТХ дозволяють регулярно оновлювати результати в міру надходження нових даних і публікацій епідеміологічних досліджень. Тому дослідження ГТХ може використовуватися на глобальному, національному та місцевому рівнях для розуміння тенденцій в сфері охорони здоров'я з плином часу.

**Висновки.** Отже, дослідження глобального тягара хвороб – це систематична наукова робота, спрямована на вивчення того, як ініціативи в галузі охорони здоров'я дозволяють зберегти роки життя, в тому числі здорового та повноцінного. Глобальний рівень досліджень дозволяє виявити як слабкі місця в організації охорони здоров'я, так і "плями" в статистичних даних.

*Галієнко Л. І.*

## **СУЧАСНІ НАПРЯМИ ВДОСКОНАЛЕННЯ ПРОФІЛАКТИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ЛІКАРІВ ПЕРВИННОГО РІВНЯ**

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця  
(Київ, Україна)

**Мета роботи:** Дослідження стану і перспектив вдосконалення профілактичної роботи лікарів первинного рівня.

**Матеріали та методи.** Документи ЄРБ ВООЗ, джерела наукової літератури з проблеми за 2014-2019 роки, матеріали власних досліджень. Методи: бібліосемантичний, системний підхід, структурно-логічний аналіз.

**Результати.** Ефективність профілактики як реального шляху подолання сучасних глобальних загроз здоров'ю населення доведено досвідом реалізації профілактичних програм і стратегій у багатьох країнах. Тому саме профілактика у сучасних умовах є основою соціальної політики у сфері охорони здоров'я на національному і глобальному рівнях, що втілено у

конституціях країн, національному законодавстві, програмних і стратегічних документах ВООЗ й інших міжнародних організацій. ВООЗ наголошує на необхідності загальнодержавного вирішення і міжсекторальних для ефективної реалізації завдань профілактики, із залученням не тільки державних інституцій, системи охорони здоров'я, системи громадського здоров'я, але й інших секторів суспільства, недержавних структур, пацієнтських, волонтерських організацій, населення, розвитком державно-приватного партнерства тощо.

Передумовами успішної профілактичної діяльності системи охорони здоров'я, яка грає ключову роль у реалізації профілактичних заходів, є пріоритизація вдосконалення профілактики захворювань, факторів ризику їх розвитку та формування здорового способу життя у державній політиці, запровадження міжсекторального підходу, оптимізація фінансового, кадрового, матеріально-технічного, технологічного, інформаційного і фінансового забезпечення сектору охорони здоров'я.

Профілактичні заходи мають стати найважливішою складовою діяльності системи охорони здоров'я, зокрема, її первинної ланки, спрямованої не лише на попередження хвороб, факторів ризику (ФР) їх розвитку, збереження і зміцнення здоров'я, продовження активного творчого довголіття, але й формування у населення свідомого, відповідального ставлення до свого здоров'я, активної здоров'язберігальної поведінки, підвищення рівня медичної активності. Особливу увагу лікарі закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) первинного рівня мають приділяти контингентам осіб, які мають підвищений ризик розвитку захворювань.

Безумовно, ефективна реалізація такого широкого діапазону профілактичних заходів потребує належної підготовки лікарів первинного рівня на переддипломному та післядипломному етапах та їх безперервного професійного розвитку.

Оцінки змісту типового навчального плану і програми інтернатури випускників закладів вищої медичної освіти за спеціальністю «Загальна практика - сімейна медицина» в частині профілактичної складової засвідчили необхідність їх суттєвої корекції, з урахуванням світового досвіду, зокрема, розширення тематичної спрямованості, форм профілактичної роботи, переліку практичних навичок і умінь щодо корекції ФР тощо.

За даними літератури у повсякденній діяльності лікарі загальної практики-сімейні лікарі на профілактичну роботу використовують 14,7% робочого часу. Встановлено наявність низки недоліків і невирішених організаційних проблем профілактичної роботи ЗОЗ первинного рівня. Зокрема, виявлено недостатню готовність медичного персоналу первинної ланки до дієвої профілактики захворювань: понад 80% медиків ПМСД не знають критеріїв діагностики ФР, лише 23% вважають первинну профілактику ефективним засобом зміцнення здоров'я, сумніваються відносно можливостей профілактики 71% респондентів]. Проведений аналіз засвідчив недооцінку лікарями первинної ланки наявних у пацієнтів ФР. Наприклад, індекс маси тіла (ІМТ) визначається та відображається з відповідною інтерпретацією в медичній документації лише у 9,9% хворих; не проводиться визначення ІМТ у 54% хворих, визначається нерегулярно – у 36% пацієнтів. В медичній документації у 46% відсутня інформація щодо корекції ФР.

Результатами соціологічних досліджень серед споживачів медичної допомоги виявлено недостатнє розуміння значущості свідомого і відповідального ставлення до власного здоров'я, до проблеми профілактики захворювань і засад здорового способу життя, недостатню медичну активність. Зокрема, встановлено, що велика частка респондентів у разі захворювань не звертається за медичною допомогою, віддаючи перевагу самолікуванню (45,4%), з використанням народних засобів (13,74%) або за допомогою ліків (31,7%). Більше ніж третини пацієнтів (37,4%) повідомили, що у разі хвороби звертаються до сімейного лікаря та до вузького спеціаліста (3,7%); 2,9% викликають швидку допомогу, 1,2% звертаються до стаціонару, 2,6% мають лікарів серед родичів, друзів чи знайомих.

Важливе значення у здійсненні профілактичних заходів має співпраця медичного персоналу ЗОЗ, що надають медичну допомогу, особливо на первинному рівні, з системою громадського здоров'я. Як показує світовий досвід, така співпраця є надзвичайно дієвою при здійсненні різноаспектних профілактичних заходів в рамках первинної та вторинної профілактики.

До заходів первинної профілактики, здійснюваних спільно з системою громадського здоров'я, відносять, наприклад, заходи щодо попередження інфекційних захворювань шляхом імунізації, скорочення поширеності ФР неінфекційних захворювань в рамках спільної санітарно-просвітницької роботи, інформаційно-роз'яснювальної діяльності серед населення щодо ФР для здоров'я (поведінкових, медичних та ін.), консультивання та вжиття заходів щодо зниження цих ризиків на індивідуальному рівні і на рівні спільноти тощо.

Успішною є співпраця системи громадського здоров'я із ЗОЗ у виконанні низки завдань у рамках вторинної профілактики, наприклад реалізації скринінгових програм з метою раннього виявлення захворювань; здійснення програм охорони здоров'я матері і дитини, в тому числі скринінгу і профілактики вроджених вад тощо.

**Висновки.** Вдосконалення профілактичної діяльності ЗОЗ первинного рівня потребує комплексного міжсекторального підходу, зокрема:

- оптимізації навчальних програм переддипломної та післядипломної підготовки лікарів в частині посилення профілактичної складової;
- забезпечення якісної підготовки лікарів на переддипломному та післядипломному етапах на рівні міжнародних стандартів;
- покращення нормативно-правового та ресурсного (кадрового, матеріально-технічного, технологічного, інформаційного, фінансового) забезпечення;
- дієвої співпраці ЗОЗ з закладами системи громадського здоров'я, іншими причетними секторами;
- формування у населення свідомого, відповідального ставлення до свого здоров'я, прихильності до засад здорового способу життя, норм здоров'язберігальної поведінки.

*Дячук М.Д.<sup>1</sup>, Грузева Т.С.<sup>2</sup>, Іншакова Г.В.<sup>2</sup>*

## **ПРІОРИТЕТНІ ПОТРЕБИ ЛЮДЕЙ СТАРШИХ ВІКОВИХ ГРУП В ПОСЛУГАХ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я»**

<sup>1</sup>Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» ДУС (Київ, Україна), <sup>2</sup>Національний медичний університет імені О.О. Богомольця (Київ, Україна)

**Вступ.** Відомо, що діяльність системи громадського здоров'я спрямована на запобігання хвороб, продовження життя і зміцнення здоров'я за допомогою організованих дій, вжитих суспільством. Вона реалізується через низку оперативних функцій громадського здоров'я шляхом надання відповідних послуг. Окремі групи населення мають особливі потреби в послугах громадського здоров'я, що вимагає їх уточнення та забезпечення надання.

**Основна частина.** Усі послуги громадського здоров'я, включаючи моніторинг здоров'я; діагностику та розслідування проблем здоров'я та загроз здоров'ю; захист здоров'я; інформування, просвітництво, розширення прав та можливостей людей у контексті вирішення проблем здоров'я; розробка політик і планів реалізації зусиль з підтримки здоров'я; забезпечення доступу людей до медичних послуг тощо, є надзвичайно важливими в досягненні цілей громадського здоров'я.

Анкетування населення старших вікових груп дозволило виявити пріоритетні з їх точки зору послуги, які забезпечуються службами громадського здоров'я у співпраці з іншими причетними службами в рамках міжгалузевого підходу. У ході дослідження виявлено потреби в поліпшенні реалізації послуг в межах функцій громадського здоров'я з профілактики хвороб, у т. ч. раннього виявлення порушень здоров'я; зміцнення здоров'я, включаючи вплив на соціальні детермінанти; захисту здоров'я та інформаційно-роз'яснювальної роботі і комунікації в інтересах здоров'я.

Респонденти літнього віку вважали, що досягнення кращого здоров'я посередньо пов'язано з загальним поліпшенням умов життя, рівня доходів, що потребує впливу на соціально-економічні детермінанти. Важливою, з точки зору пацієнтів, є діяльність щодо захисту здоров'я населення від шкідливих чинників довкілля, що вказує на необхідність їх нормування та контролю дотримання екологічних стандартів. Опитані висловилися за потребу в удосконаленні інформаційно-роз'яснювальної роботи з боку працівників медичних служб та представників служб громадського здоров'я. Особливу увагу у відповідях респондентів було приділено поліпшенню профілактичної роботи медичного персоналу в рамках реалізації профілактичних стратегій. Це стосувалося проведення профілактичних оглядів, вакцинації, надання консультативної допомоги в питаннях способу життя тощо.

**Висновок.** Виявлення особливих потреб старших вікових груп населення в послугах громадського здоров'я є основою для удосконалення профілактичного обслуговування та досягнення стратегічних цілей, які стоять перед системами громадського здоров'я.



## **МІЖДИСЦИПЛІНАРНА І МІЖСЕКТОРАЛЬНА СПІВПРАЦЯ У ГАЛУЗІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я.**

Тернопільський національний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України

**Вступ.** Проблематика громадського здоров'я набуває популярності як на міжнародному рівні, так і в Україні. Існування загроз громадському здоров'ю від чисельних факторів (епідемій, поширення неінфекційних захворювань, біотероризму, інфекційних захворювань, впливу соціально-економічних детермінант) викликає необхідність переосмислення значення громадського здоров'я та його міжнародно-правового регулювання. Громадське здоров'я вже не розглядається суто як діяльність санітарно-епідеміологічного нагляду. Однак, остаточне формування системи громадського здоров'я в Україні ще досить далеке від свого завершення. Зважаючи на це, дослідження міжнародно-правових підходів до визначення громадського здоров'я є актуальним як для науки охорони здоров'я, так і для практики у сфері охорони здоров'я.

Громадське здоров'я визначається як «мистецтво та наука профілактики захворювань, продовження тривалості життя та промоції здоров'я через організовані зусилля суспільства» (Дональд Ачесон, 1988).

Підписавши Угоду про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії та їхніми державами-членами, з іншої, Україна взяла на себе зобов'язання розвивати співпрацю в галузі громадського здоров'я. У підписаній угоді є окрема глава 22, яка називається «Громадське здоров'я», у якій розкриваються зобов'язання України щодо впровадження заходів для захисту здоров'я людини як передумови сталого розвитку й економічного зростання.

Громадське здоров'я – це профілактичні заходи щодо виникнення захворюваності, травматизму, інвалідності та смертності, промоція здорового способу життя та збереження здорового середовища й умов життя для теперішнього та майбутніх поколінь. Але, крім того, громадське здоров'я стосується загальної політики в галузі охорони здоров'я, розподілу ресурсів, а також організації та управління в системі охорони здоров'я.

Сучасне громадське здоров'я є всеохоплюючим у своїй меті, оскільки стосується заходів, спрямованих як на всю спільноту, так і на індивідуальні потреби щодо здоров'я. Ряд таких заходів орієнтований на поліпшення середовища життєдіяльності людини, зменшення факторів ризику, що формують значний тягар захворювань і смертності серед населення та стимулювання тих факторів, які, навпаки, сприяють зміцненню та збереженню здоров'я. Цільове спрямування таких заходів широко варіює від стратегій імунізації, зміцнення здоров'я та догляду за дітьми, маркування харчових продуктів та їх фортифікації (збільшення вмісту вітамінів і мікроелементів у продуктах харчування для поліпшення поживних якостей їжі та позитивного ефекту для здоров'я людей) аж до гарантування якісно організованих і доступних медичних послуг.

Політика щодо громадського здоров'я формується шляхом побудови системи громадського здоров'я, яка є комплексом інструментів, заходів, що реалізуються державними та недержавними інституціями для зміцнення здоров'я населення, запобігання захворюванням, подовження активного та працездатного віку та заохочення до здорового способу життя шляхом об'єднаних зусиль усього суспільства. Система громадського здоров'я як основа профілактичної медицини передбачає основні заходи у сфері охорони здоров'я та спрямовується на збереження здоров'я населення та зменшення витрат на медичне обслуговування. Для реалізації цього бачення використовується підхід, що передбачає роботу з іншими секторами в напрямі вирішення даної проблематики, пов'язаної з більш широкими детермінантами здоров'я.

Місія громадського здоров'я — максимально поліпшити здоров'я та добробут людей і громад на національному та глобальному рівнях.

**Мета.** Вивчити положення міжнародних документів та наукові дослідження, які присвячені питанням громадського здоров'я. Визначити засади міжсекторального управлінського підходу та можливості його застосування в системі громадського здоров'я.

**Основна частина.** Категорія “громадське здоров'я” є найбільш характерною та вживаною у національному праві. На сьогоднішній день процеси глобалізації впливають на розширення сфери регулювання міжнародного права та на перехід національних правових констукцій до міжнародно-правового виміру.

Відповідно до Статуту ВООЗ, однією з функцій цієї організації є дослідження у співробітництві із спеціалізованими установами, адміністративні та соціальні питання, що впливають на громадське здоров'я, встановлення та перегляд практик громадського здоров'я. Основною метою Асамблеї охорони здоров'я є встановлення практик громадського здоров'я. Існує підхід, відповідно до якого громадське здоров'я розглядається як система охорони здоров'я. Дана система складається з усього населення та дій, включаючи законодавство, практики, політики та заходи, метою яких є захист та покращення здоров'я населення.

При аналізі основних елементів права на здоров'я, -доступність, наявність, прийнятність та якість, можна зробити порівняльну оцінку установ, товарів та послуг охорони здоров'я. Розглядаючи глобальне та міжнародне право охорони здоров'я, громадське здоров'я визначається як основний зв'язуючий компонент міжнародно правових режимів: міжнародного права захисту навколишнього середовища, міжнародного гуманітарного та права захисту прав людини, прудового права, міжнародного права для контролю за озброєнням. Акцент на потенційних загрозах для громадського здоров'я дозволить припустити, що під громадським здоров'ям розуміється здоров'я всього населення. Громадське здоров'я розглядається у зв'язку з епідемічними захворюваннями, так і з великою групою неепідемічних захворювань.

Існує позиція, що система громадського здоров'я стосується зобов'язань уряду по забезпеченню колективних прав населення держави на здоров'я. В цьому буде полягати міждисциплінарна та міжсекторальна співпраця в галузі громадського здоров'я.

Встановлено, що нова європейська політика передбачає застосування секторального управлінського підходу у сфері громадського здоров'я – “Здоров'я у всіх державних політиках”. (“Health in All Policies”), що сприяє співробітництву та взаємодії різноманітних секторів економіки з питань охорони здоров'я та запобіганню шкідливих впливів на здоров'я.

**Висновки.** Отже, в сучасних умовах розбудови нової системи громадського здоров'я в Україні особливо актуальним задля прийняття необхідних рішень є застосування міжсекторальної та міждисциплінарної управлінської взаємодії. Вивчення сучасних проблем та визначення майбутніх перспектив суспільного здоров'я вимагатимуть враховувати інтереси здоров'я в усіх стратегіях та напрямках політики за допомогою узгоджених заходів на всіх рівнях управління. В Україні доцільно використовувати підхід “Health in All Policies”, що орієнтований на підвищення відповідальності державних діячів відносно впливу на здоров'я населення факторів ризику. Оцінка ефективності реалізації даного підходу вимагатиме подальших перспективних досліджень.

УДК 614.1

*Галицька-Хархаліс О.Я., Панчишин Н.Я., Смірнова В.Л.*

## **ЗБЕРЕЖЕННЯ І ЗМІЦНЕННЯ ЗДОРОВ'Я – ОДНЕ З ГЛОБАЛЬНИХ ЗАВДАНЬ ЛЮДСТВА**

Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського  
МОЗ України

**Вступ.** Питання збереження і зміцнення здоров'я людини були актуальними в усі часи. Здоров'я, безперечно, є найголовнішою цінністю і людини, і суспільства, тому що є основою для подальшого збереження і розвитку життя. Будь-яке суспільство прагне сформувати людину фізично, психічно і соціально здоровою відповідно до моральних, інтелектуальними та фізичних ідеалів.

Комплекс екологічних, економічних і соціальних факторів, з якими зіткнулося людство в ХХІ столітті визначив гостроту та глобалізацію проблеми здоров'я і активний пошук можливостей запобігання несприятливих для здоров'я наслідків. Проблема охорони здоров'я набуває особливої значущості для всього людства у зв'язку із загостренням останнім часом екологічної ситуації, виснаженням ресурсів і демографічним вибухом, який охопив значну кількість країн і вже загрожує нам перенаселенням, голодом і глобальними епідеміями.

**Мета.** Проаналізувати глобальні проблеми здоров'я людства.

**Матеріали і методи.** Галузеві нормативні правові акти і державні програми, аналітичні та статистичні методи.

**Результати.** Незважаючи на відчутне поліпшення в сфері охорони здоров'я, що відбулося в світі, до сих пір зберігається цілий ряд проблем, які потребують термінового вирішення. До їх числа відносяться:

- недоступність національних систем охорони здоров'я для 1 мільярда жителів планети;

- щорічна смерть 36 мільйонів людей від основних неепідемічних хвороб, таких як серцево-судинні захворювання, рак, діабет і хронічні захворювання легенів, а це – майже дві третини від, приблизно, 56 мільйонів всіх щорічно зареєстрованих у світі смертей;

- дуже висока смертність людей від інфекційних захворювань (п'ята частина від всіх зареєстрованих у світі смертей за рік);

- швидке поширення СНІДу / ВІЛ та туберкульозу;

- здоров'я матері та дитини та багато інших.

Сектор охорони здоров'я – це великий роботодавець, власник земельних ресурсів, будівельник і споживач. Він є потужною рушійною силою наукових досліджень і інновацій, а також істотним полем міжнародної конкуренції людей, ідей і продукції. Тому ефективність охорони здоров'я та економічна ефективність взаємопов'язані, адже оптимізація використання ресурсів в секторі охорони здоров'я має ключове значення.

У світлі вищесказаного пріоритетною стає орієнтація на збільшення тривалості здорового і соціальної активного життя населення за рахунок формування в суспільстві здорового способу життя, медичної профілактики, створення екологічно сприятливого середовища проживання і умов для гармонійного розвитку особистості на основі партнерських і відповідальних відносин між державою та її громадянами, формування та підтримка яких можливі за активної участі зацікавлених державних органів виконавчої влади, органів місцевого самоврядування, громадянського суспільства.

Галузеві нормативні правові акти і державні програми, які регулюють розвиток сфери освіти, культури, фізичної культури і спорту, екології, повинні передбачати заходи, спрямовані на збереження і зміцнення здоров'я. Всі програми зміцнення здоров'я повинні реалізовуватися з урахуванням зворотного зв'язку між секторами і партнерами на всіх рівнях. Однак, слід врахувати, що результати епідеміологічного впливу дуже рідко з'являються навіть в середньостроковому періоді. Тому при оцінці ефективності і успіху програми використовуються не тільки показники захворюваності, а також інші індикатори: зміна способу життя, розвиток навичок, знань, організаційне і правове розвиток (організації, спільноти і інше).

Ситуація зі зниженням якості здоров'я людей в глобальному масштабі зажадала нових зусиль науки у вивченні умов виживання людини, особливостей її еволюції, об'єднання вчених у боротьбі з хворобами, підвищення якості практичної медицини в наданні допомоги хворим з найнебезпечнішими захворюваннями ХХІ століття, які забирають мільйони життів.

У світі вітаються глобальні ініціативи, спрямовані на виправлення ситуації, яка склалася в сфері охорони здоров'я, але вони реалізуються надто повільно, в той час як доступність ліків і медичних послуг, як з'ясовується, є складною політичною проблемою.

**Висновки.** Підсилюючи увагу до глобальних проблем здоров'я, важливі наукові підстави розробки глобальних проектів, зокрема, не випустити з уваги особливості розвитку і пристосованості конкретної людини, у якої здатність до адаптації змінюється протягом життя з віком та в умовах конкретного середовища. Поліпшення показників здоров'я в сучасному світі має

відображати широкий і складний спектр детермінант і факторів впливу на здоров'я, а також багатосекторальний і багатогранний характер стратегічного реагування та втручань. Необхідна розробка загальнодержавних стратегій із залученням всього суспільства, щоб відобразити комплексність детермінант здоров'я в різноманітних та об'єднаних горизонтальними мережами інформаційних суспільствах.

Подолати всі ці та інші проблеми, пов'язані з охороною здоров'я, людство здатне лише спільно через міжнародні системи координації дій, такі як Всесвітня організація охорони здоров'я, ЮНЕЙДС та інші організації під егідою ООН, на підставі новітніх досягнень в галузі медицини, а також посиленого економічного і технічного вкладу усіма зацікавленими сторонами в створення і розвиток глобальної системи профілактики епідемій, проведення наукових досліджень в області інфекційних і неінфекційних захворювань, включаючи розробку нових вакцин і передових методів лікування, а також моніторингу епідеміологічної ситуації та оперативного реагування в разі виникнення вогнищ епідемій.

УДК: 378.018.43:004.773.7

*Федик С.П.<sup>1</sup>, Волотовська Н.В.<sup>2</sup>*

## **РИЗИКИ ОНЛАЙН-НАВЧАННЯ – НАГАЛЬНИЙ СИГНАЛ SOS ДО СУСПІЛЬСТВА**

<sup>1</sup>Ягелонський університету (Краків, Польща)

Фаховий коледж економіки, права та інформаційних технологій

Тернопільського національного економічного університету (м. Тернопіль)

<sup>2</sup> Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського  
МОЗ України

**Вступ.** Реалії сьогодення такі, що повсюдна технізація переможно захопила більшість світу. Зручність онлайн навчання, доставки замовлень та роботизація приводять до тотальної гіподинамії населення. Це все в комплексі з відсутністю знань про раціональне харчування, так само, як і часу на його вдосконалення, створює особливо негативний вплив на здоров'я, що спершу результується появою надмірною маси, а з віком – високою ймовірністю розвитку небезпечних супутніх захворювань

**Мета.** Дослідити стан здоров'я та поінформованість студентів перших курсів щодо механізмів виникнення надмірної маси тіла в умовах весняно-літнього карантину 2020 року.

**Матеріали та методи дослідження.** Було створено опитувальники, з допомогою яких зібрано інформацію про режим дня, особливості харчування та суб'єктивну оцінку стану здоров'я серед студентів I і II курсів вишів Тернополя.

**Результати.** За даними, отриманими в результаті анкетування, респонденти розподілилися наступним чином: всього в опитуванні взяло участь 67 студентів вишів Тернополя (він 17-21 рік) і незалежно від профільного спрямування особливих відмінностей в обізнаності молодих людей щодо негативного впливу гіподинамії – не було. 100 % опитаних знали про ймовірні

віддалені наслідки, проте лише 30 % активно будували свій режим дня таким чином, щоб уникнути їх.

У загальній структурі тривалість роботи з монітором електронного пристрою становила менше 5 годин у 7 % опитаних, 6-7 годин у 30 % опитаних та більше 7 годин у 63 %. Це в свою чергу викликало суб'єктивне відчуття дискомфорту при оцінці стану зорового аналізатора. Так, 15 % респондентів відзначили зниження зору, яке не покращилося після завершення навчання. 5 % студентів звернулися до спеціаліста, де їм було встановлено діагноз спазму акомодативної та рекомендовано лікування.

При дослідженні харчових звичок встановлено такі особливості – 67 % респондентів постійно «під'їдали» їжу, сидячи за екраном і пояснюючи це тим, що немає часу на приготування складних страв. Серед вподобань – снеки, печиво, канапки. 84 % опитаних відзначили збільшення маси тіла.

Що стосується боротьби з наслідками гіподинамії, то 75 % опитаних вказали, що просто не мали можливості організувати достатній руховий режим. Серед причин – втома, апатія, лінощі. Спеціально і регулярно займалися спортом (у спортзалі, вдома, на стадіоні) лише 30 % студентів. Також, лише 15 % намагалися притримуватися в харчовому режимі вживання достатньої кількості води.

**Висновок.** Таким чином, встановлено, що незважаючи на усвідомлення виразного зв'язку між гіподинамією та появою патологічних змін з боку організму, лише невелика кількість студентів активно протистояла їм. Однією з причин, на нашу думку, є все ж, недосконала обізнаність у механізмах виникнення і віддалених серйозних наслідках. Але ще головніше – це відсутність уміння розставляти правильно акценти та самомотивації. Правильна організація робочого дня, виважування дієтичного впливу і вживання корисних продуктів харчування здатні покращити ситуацію.

Однак не менш важливим фактором, який здатний знизити ризики і сприяти зростанню здорового населення, є активна роль держави, зокрема Міністерства освіти. І це стосується вже не лише студентів, а й школярів загальноосвітніх шкіл. Побудова навчальних програм таким чином, щоб навчання не займало більшу частину дня, орієнтація на вивчення матеріалу, який може бути корисним в реальному житті для більшості тих, хто навчається.

УДК 614.44: 614.23

*Hulchiy O., Zakharova N., Balashov K.*

## **CRISIS COMMUNICATION IN UKRAINE: RESOURCES AND OPPORTUNITIES**

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education

**Introduction.** Modern communication practices is an important component of reducing biological risks. An evidence based scientific approach is to move from perceiving society as a homogeneous target to creation of individually- or group-oriented messages, which can also be used by outbreak response teams. The use of

Internet makes it easier to design and implement community-oriented communications programs.

**Results.** Data from the reports of three international cross-sectional studies (1999, 2007 and 2012) and our own survey (2019) were analyzed to determine changes in public trust to health information sources in Ukraine.

The 1999, the study did not even include questions about the availability or use of a computer. In 2007, 98.2 out of 100 respondents were found to have a TV, and a quarter of population (25.3 per 100) already had a computer. In 2012, the Internet ranked fourth in trusted health information sources (34.7 per 100), giving way to health care providers (87.1 per 100), friends and relatives (44.3 per 100), and television (42.7 per 100). Today, the level of trust to reports on specialized medical websites does not differ from the advice of a doctor (9 on a 10-point scale) and is higher than medical TV programs and messages of public persons (8 and 5 points, respectively).

**Conclusions.** It was found that it might be efficient to implement crisis communications for the population of Ukraine using Internet resources. The needs for improving the competencies of the relevant specialists for more efficient use of this channel will be further studied and will remain relevant for the next 10 years.

# КОНЦЕПЦІЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ І ПРОМОЦІЯ ЗДОРОВ'Я. ІНФЕКЦІЙНІ ТА НЕІНФЕКЦІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ТА ЇХ ВПЛИВ НА СТАН ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ

*Грузєва Т.С., Замкевич В.Б.*

## ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ У СТУДЕНТСЬКОМУ СЕРЕДОВИЩІ

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця  
(Київ, Україна)

**Вступ.** Формування здорового способу життя є важливим завданням системи охорони здоров'я, яке має здійснюватися впродовж всього життєвого циклу. Студентське середовище розглядається як важливий об'єкт виховного впливу внаслідок молодого віку переважної більшості студентів, в якому відбуваються процеси формування особистості.

**Основна частина.** Серед основних оперативних функцій громадського здоров'я важливу роль відіграє функція зміцнення здоров'я, яка передбачає вплив на основні соціально-економічні детермінанти та формування здорового вибору особистості щодо свого способу життя. Обрання здорового способу життя для певних категорій населення інколи є складним вибором через недостатній рівень знань, відсутність переконань, малі можливості такого вибору. Тому змістом роботи працівників закладів вищої медичної освіти має бути, окрім навчання спеціальності, надання необхідних знань щодо чинників ризику для здоров'я, переваг здорової поведінки та її позитивного впливу на здоров'я і довголіття.

Значний досвід з формування у студентському середовищі здорового способу життя набуто в Національному медичному університеті імені О.О. Богомольця завдяки системності такої роботи, постійності її проведення, у т. ч. інформаційно-освітніх, виховних, спортивних заходів тощо, із залученням значного контингенту осіб, що навчаються. Стратегічними напрямками профілактичної діяльності є виявлення поширення серед студентів провідних чинників ризику розвитку неінфекційних та інфекційних захворювань, у т. ч. вживання тютюну, алкоголю, нездорового харчування, низької фізичної активності, ризикованої сексуальної поведінки, стресів тощо; розкриття їх негативного впливу на здоров'я; навчання технологіям корекції нездорової поведінки; забезпечення умов для здорового вибору шляхом організації дозвілля, розвитку відповідної інфраструктури дозвілля, створення системи підтримки та мотивування до спортивних занять, культурного розвитку тощо.

Особливої уваги заслуговує залучення студентів до проведення роботи щодо здоров'язберігальної поведінки в закладах середньої освіти. Студенти, які беруть участь у формуванні здорового способу життя школярів, ліцеїстів, здійснюють профілактичну виховну роботу з позицій «рівний-рівному», що сприймається більш переконливо і дозволяє досягти кращих її результатів з формування індивідуальних навичок дотримання здорового способу життя.



**Висновок.** Реалізація оперативної функції громадського здоров'я щодо зміцнення здоров'я у студентському середовищі потребує вжиття низки стратегій, у т. ч. інформаційно-освітніх, виховних, організаційно-управлінських тощо, створення умов, за яких вибір здорової поведінки є легким вибором.

*Грузєв В.В.*

## **ПРІОРИТЕТНІ ПРОФІЛАКТИЧНІ СТРАТЕГІЇ В ГРОМАДСЬКОМУ ЗДОРОВ'Ї**

Центр превентивної медицини ДУС (Київ, Україна)

**Вступ.** Профілактичні стратегії на міжнародному рівні визнано найдієвішим і найефективнішим підходом в діяльності з попередження розладів здоров'я і його зміцнення. Проте їх реалізація в системах охорони здоров'я стикається з численними труднощами, що потребує застосування інноваційних механізмів та значних зусиль.

**Основна частина.** Методологічні засади впровадження профілактичних стратегій в охороні здоров'я окреслено низкою документів ВООЗ, у т. ч. . Основами європейської політики і стратегії для ХХІ століття «Здоров'я-2020», Планом дій з реалізації Європейської стратегії профілактики і боротьби з неінфекційними хворобами, Міжнародними медико-санітарними правилами тощо. Рамкову основу дій викладено в Європейському плані дій зі зміцнення потенціалу та послуг громадського здоров'я. План розкриває принципи, засади, напрями та конкретні шляхи досягнення високого рівня популяційного здоров'я. Інноваційним підходом є міжгалузева, міжсекторальна взаємодія та участь всього суспільства у вирішенні питань зміцнення здоров'я, попередження захворювань та подовження тривалості життя із забезпеченням належної його якості.

Такий підхід потребує формування нових організаційних структур та покладання на них певних функцій з реалізації профілактичних стратегій. Десять оперативних функцій громадського здоров'я визначають стратегічні напрями діяльності та окреслюють пріоритетні стратегії досягнення належного рівня здоров'я та активного довголіття населення. Оскільки популяційне здоров'я обумовлюється комплексом різних детермінант, то вплив на них формує вибір профілактичних стратегій.

Провідними з них є захист здоров'я, який передбачає оцінку, управління і комунікацію ризиків, нагляд за правозастосуванням та контролем дій, які впливають на здоров'я, розробку нормативних і правозастосовних механізмів захисту здоров'я, епідагляду і моніторингу дотримання нормативів, правил і стандартів, створення нових законів і нормативних положень, забезпечення безпеки харчових продуктів і питної води та здорового навколишнього середовища тощо.

Зміцнення здоров'я пов'язано з соціально-економічними детермінантами, тому пріоритетні профілактичні стратегії повинні охоплювати заходи освітньої та соціальної діяльності, які адаптовано до певних соціально-економічних груп. Суспільні і професійні дії необхідно спрямовувати на формування умов для

вибору більш здорового способу життя, розвиток інфраструктури здоров'я, скорочення нерівності щодо здоров'я.

Стратегія профілактики захворювань має охоплювати усі рівні надання медичної допомоги з акцентом на первинну профілактику, як найбільш дієву. Конкретними заходами в цьому напрямі є забезпечення вакцинацією, профілактичне консультування, скринінг, раннє виявлення захворювань і чинників ризику їх розвитку, з наступною корекцією тощо.

Усі профілактичні стратегії повинні реалізовуватися в рамках міжгалузевого підходу та стратегічного керівництва і базуватися на надійній доказовій базі.

**Висновок.** Впровадження пріоритетних профілактичних стратегій в системі охорони здоров'я в рамках виконання основних оперативних функцій громадського здоров'я дозволить досягти цілей щодо збереження і зміцнення здоров'я та забезпечення активного довголіття населення.

УДК: 504:575:612.681

*Федонюк Л.Я.<sup>1</sup>, Лесняк-Мочук К.<sup>2</sup>, Ярема О. М.<sup>1</sup>, Мочук Є.<sup>3</sup>*

## **ВПЛИВ ФАКТОРІВ НАВКОЛИШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА, ХАРЧУВАННЯ ТА ГЕНЕТИЧНИХ ФАКТОРІВ НА ЯКІСТЬ І ТРИВАЛІСТЬ ЖИТТЯ ЛЮДИНИ**

<sup>1</sup>Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського  
МОЗ України, м. Тернопіль, Україна

<sup>2</sup>Жешувський Університет, м. Жешув, Польща

<sup>3</sup>Жешувський політехнічний університет, м. Жешув, Польща

**Вступ.** Якість життя – сукупність показників, що відображають фізичне, матеріальне, соціальне і духовне благополуччя населення. На першому місці при оцінці якості життя – стан здоров'я нації і тривалість життя в країні.

**Мета.** На основі даних вітчизняних джерел літератури та закордонних авторів визначити основні фактори, які впливають на якість і тривалість життя людини.

**Результати.** Дослідження вчених показують, що здоров'я людини на 45-50 % визначається способом її життя, на 20 % впливом навколишнього середовища (НС) (природного, техногенного), на 20 % - спадковістю, на 8-10 % - охороною здоров'я, харчуванням тощо. На людину, як і на будь-яку живу істоту, конкретний фактор впливає не сам по собі, а у взаємодії з іншими, і залежно від характеру цієї взаємодії змінюється діапазон толерантності.

Залежність здоров'я від спадковості і факторів НС - основний аспект проблеми здоров'я людей на популяційному рівні. Наприклад, у деяких районах Полісся і Західної України поширене захворювання - ендемічний зоб, причиною якого є дефіцит йоду в питній воді та високий вміст у ній гумінових кислот. У кожному конкретному випадку лікар призначає препарати, що містять йод. Проте на популяційному рівні є більш дієвий спосіб боротьби із захворюванням - корекція мінерального складу питної води чи їжі додаванням

необхідної кількості йоду. Ця процедура поширюється відразу на всю популяцію і має не лише лікувальний, а й профілактичний характер.

Актуальним є вивчення мутагенів, що впливають на здоров'я людини. Активними фізичними мутагенами є УФ-промені при довжині хвилі 260 нм, оскільки ДНК поглинає саме цю частину спектру, викликаючи генні мутації в клітинах шкіри. Хімічні мутагени, що накопичуються у ґрунті, з часом переходять в їстівні частини рослин. Саме з ними ми поглинаємо 37% марганцю, 41% цинку, 32% міді та 10% нікелю. Епідеміологічні дослідження показали, що існує зв'язок між впливом на батька з боку довкілля ртуті, свинцю, розчинників із спонтанними абортами, малою вагою при народженні та вадами розвитку дитини. Існує генетична схильність до раку сечового міхура, яка пов'язана з мутаціями в локусі N-ацетилтрансферази гепатоцитів, який сприяє ацетилюванню та виведенню з організму ксенобіотиків.

Серед безлічі факторів НС, що впливають на тривалість життя, немаловажне значення варто додавати раціональному харчуванню. Дворазове зменшення калорійності раціону в літньому віці приводить до скорочення захворюваності і смертності вдвічі. Раціоналізація дієти повинна досягатися, насамперед, зменшенням калорійності їжі після 60 років на 10% з кожним десятиліттям та зменшенням жирів тваринного походження.

Доведено, що рівень фізичної активності безпосередньо впливає на швидкість старіння організму людини. Люди, що ведуть сидячий спосіб життя, старіють у середньому на десять років раніше, ніж їх більш активні ровесники, стверджують вчені Великої Британії. У Королівському коледжі Великої Британії були проведені дослідження за участю 2400 пар близнюків. Дослідники дійшли висновку, що у тих, хто займався спортом менше 16 хвилин на тиждень, довжина хромосом коротша, ніж у тих, хто жив активно, витрачаючи на спорт близько 199 хвилин. У менш рухливих людей на 10 років раніше з'являються перші ознаки старіння. Вчені припустили, що організм фізично неактивних людей більш чутливий до запалення й ушкодження клітин під впливом кисню. У той час фізична активність допомагає справлятися зі стресами.

**Висновок.** Тривалість життя людини чітко залежить від способу життя особистості, факторів довкілля та генотипу. Змінюючи умови зовнішнього середовища, можна запобігти розвитку спадкової схильності до патології та подовжити вік людини.

*Волошин О.С.*

## **ФОРМУВАННЯ ПРИНЦИПІВ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ В ОСІБ ЮНАЦЬКОГО ВІКУ**

Тернопільський національний педагогічний університет імені  
Володимира Гнатюка

**Вступ.** Адаптаційний потенціал людини, можливості самореалізації в навчанні, праці, особистому житті, пристосуванні до соціуму залежать насамперед від стану її здоров'я. Розробка теоретичних засад і практичних механізмів, спрямованих на підтримання здоров'я і розвиток функціональних можливостей організму набула в останні роки особливої актуальності.

Насамперед це стосується молодого покоління, яке формується в умовах недостатньої рухової активності, інтенсивного використання різноманітних цифрових гаджетів, що нерідко супроводжується зменшенням часу перебування на свіжому повітрі, порушеннями режиму сну і харчування. Як наслідок, можливі відхилення у функції опорно-рухового апарату, порушення зору, проблеми з системою травлення, когнітивні проблеми, поява зайвої ваги. Саме цим визначається важливість формування в молоді принципів здорового способу життя і усвідомленого ставлення до збереження свого здоров'я.

**Метою** роботи є дослідження механізмів формування здорового способу життя сучасної молоді.

**Методи** дослідження: у роботі використані загальнонаукові теоретичні методи аналізу та синтезу.

**Основна частина.** До основних проблем у сфері громадського здоров'я в Україні фахівці відносять значну кількість хронічних захворювань неінфекційного генезу, на які припадає 2/3 загальної захворюваності в країні, зниження рівня охоплення вакцинацією, безпеку крові, в Україні зберігається високий рівень захворюваності на мультирезистентний туберкульоз і СНІД.

Важливо те, що крім об'єктивних, незалежних від конкретної людини факторів, що зумовлюють розвиток захворювань, має місце велика кількість суб'єктивних чинників, пов'язаних з непоінформованістю людини або її байдужістю до свого здоров'я. Згідно досліджень Всесвітньої організації охорони здоров'я, 60% факторів індивідуального здоров'я пов'язано саме з нашими звичками. Нераціональне використання життєвого потенціалу, ігнорування і недотримання наукових рекомендацій призводить до втрати якості життя, розвитку хвороб серцево-судинної системи, відхилень у роботі опорно-рухового апарату, ожиріння. А у випадку надмірного нераціонального використання сучасних гаджетів можуть виникнути проблеми когнітивного розвитку, що відповідним чином вплине на адаптаційний потенціал молоді людини.

Формування здорового способу життя пов'язане з дотриманням певного ряду принципів: активації потенціалу, надання можливостей, принципу мережевої взаємодії, партнерства, принципу участі. Принцип активації потенціалу передбачає контроль людини над власною свідомістю та способом життя і, таким чином, потребує розвиненої самосвідомості. Активація потенціалу вимагає відповідного рівня знань і вміння адекватно і раціонально оцінити потреби і можливості свого організму. Усвідомлення необхідності ощадного ставлення до резервів організму і контролю над станом здоров'я потрібно формувати, починаючи з дитячих років. Особливого значення розвиток цих якостей набуває в молоді, яка вступає в доросле життя і отримує можливість самостійно робити вибір на користь тих чи інших цінностей. Сучасне суспільство має легкий доступ до величезних масивів інформації, пов'язаної з поняттям «здоров'я». Однак, залишається дуже важливою роль лікарів, вчителів і викладачів, які в цій ситуації виступають не лише джерелом знань, але, що дуже важливо, коректорами поведінки.

Для забезпечення здорового способу життя мають важливе значення також принципи мережевої взаємодії і партнерства. В першому випадку це активне формування соціальних контактів і взаємодій, розвиток когнітивних

можливостей. У тісному взаємозв'язку з цим формується і принцип партнерства, що передбачає використання вже сформованих механізмів соціальної взаємодії між громадянами і суспільством загалом. Важливість цього питання зумовила появу цілого ряду законодавчих і правових актів, виданих Міністерством охорони здоров'я, Міністерством освіти і науки, Міністерством молоді та спорту України. Формування здорового способу життя розглядається як складова державної молодіжної політики. Головне завдання вищої школи – робота над формуванням відповідних принципів поведінки, які допоможуть зберігати і зміцнювати здоров'я, а також стануть способом профілактики багатьох захворювань. Необхідно розвивати в молоді розуміння того, що бути здоровою – в її особистих інтересах.

**Висновки.** Формування в молодого покоління стійкого комплексу знань і вмінь, спрямованих на підтримання індивідуального здоров'я, є одним із завдань вищої школи. Завдання лікарів, вчителів і викладачів – навчити молодь попереджувати розвиток відхилень у стані здоров'я, диференціювати інформацію і сформуванати принципове розуміння того, що корегувати здоров'я і лікувати може тільки лікар. Молода людина повинна не лише мати знання щодо фізіологічних основ життєдіяльності організму, але й сформуванати відповідні навички, що сприятимуть збереженню здоров'я.

УДК 613.8+613.052

*Готюр О.І.*

## **КОНЦЕПЦІЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ І ПРОМОЦІЯ ЗДОРОВ'Я**

Івано-Франківський національний медичний університет

**Вступ.** Сучасний світ приносить людині все більше негативних емоцій, які у свою чергу призводять до стресових станів. Зовнішні подразники порушують внутрішню рівновагу та баланс організму, однак можливості організму не безмежні і при сильному стресовому впливі (чи хронічній перевтомі) швидко виснажуються, що може привести до захворювання і навіть смерті людини.

Значною мірою зросла і професійна емоційна напруга педагогів вищих навчальних закладів. У зв'язку з великою емоційною напруженістю нестандартної професійної діяльності педагогів в умовах карантину, відповідальністю і складністю професійної праці викладачів медичних закладів, збільшується ризик розвитку синдрому «емоційного вигорання».

Проблема психологічного здоров'я населення, що живе в нестабільній світовій ситуації і яка щодень змінюється, складних та екстремальних соціоекологічних умовах, набула особливої актуальності в умовах «COVID-режиму», серед яких консолідуюче місце належить психологічній реакції людей та умінню їх контролювати свої емоції та дії в умовах надзвичайних станів.

**Мета.** Встановити вплив здорового способу життя на стресостійкість людини і чи впливає стресова ситуація на здоров'я населення яке веде здоровий спосіб життя.

**Матеріали та методи.** Провели анкетування жителів міста Івано-Франківська, а саме: 25 людей які відвідують фітнес клуби і ведуть здоровий спосіб життя та 25 людей які зверталися за медичною допомогою до сімейних лікарів під час карантину «COVID-19». Дослідження проводилося із людьми віком від 30-40 років після зняття умов карантинних заходів.

**Результати.** Сьогодні здоров'я визначається як гармонійне поєднання фізіологічних, психологічних (особистісних, душевних) та соціальних факторів, які забезпечують внутрішнє благополуччя індивіда. Відповідно, внутрішній спокій людини відіграє вирішальну роль у забезпеченні повноцінного, гармонійного, продуктивного життя людини на цій планеті.

Стрессова ситуація у кожній людини проявляється по різному. Це можуть бути як зростання сил та повна віддача у професійній діяльності аж до повного виснаження, або ж зразу – відсутністю бажання до життя та праці, загострення хронічних хвороб, паніки тощо. Перша група обстежених людей не вела здоровий спосіб життя і як показало наше спостереження – найбільше постраждала від стрессової ситуації спричиненої дестабілізацією у країні через карантинні заходи.

Результатами аналізу другої групи населення показало, що різноманітні види фітнесу, фізичних навантажень та прогулянки на свіжому повітрі сприяють активізації роботи мозку, а також зміцнюють імунітет людини та покращують її психологічно-емоційний, що у свою чергу збільшує стресостійкість людини. Жоден із учасників цієї групи під час карантину не змінив, змін у своїй поведінці, погіршення самопочуття чи здоров'я.

Отже, рівень здоров'я людини визначається умовами життєдіяльності: навчання, праці та побуту, раціоном їжі, добробутом та гігієнічною культурою, а найбільше – способом життя людини, адже у 50% з усіх чинників, що впливають на здоров'я людини припадає саме на спосіб життя. Слід зазначити, що здоров'я в цілому, та особливо психологічне здоров'я є такою формою життєдіяльності, що забезпечує необхідну якість життя і достатню його тривалість, тому здоровий спосіб життя повинен стати активною життєвою позицією.

#### **Висновки:**

1. Концепцією здоров'я є здоровий спосіб життя.
2. Рівень здоров'я населення напряму залежить від способу життя людей та стресостійкості організму.
3. Люди що ведуть здоровий спосіб життя є більш стресостійкими і у період надзвичайної ситуації мають менше загострення хронічних хвороб, володіють високою зібраністю та самоконтролем.

УДК 616.9+616.12-008.313+616.125

*Дранчак І.М.*

## **ІНФЕКЦІЙНІ ТА НЕІНФЕКЦІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ТА ЇХ ВПЛИВ НА СТАН ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ**

Івано-Франківський національний медичний університет

**Вступ.** Попри серйозну інфекційну нестабільність у цілому світі та зокрема в Україні через COVID-19, серцево-судинні захворювання

залишаються головною причиною смертності громадян України. Судячи із статистичних відомостей приблизно 40 % звернень до кардіолога у час пандемії – це хворі з порушеннями ритму та провідності (фібриляцією/тріпотінням передсердь).

Дестабілізація у наданні медичних послуг хронічно хворим людям призвела до значного занепокоєння пацієнтів. Основною причиною загострення розвитку фібриляції передсердь як зауважили вузькі спеціалісти у 70% стала саме – артеріальна гіпертензія та у 50% ішемічна хвороба серця. Що у свою чергу зумовило значне збільшення звернення таких пацієнтів до невропатологів із відчуттям головокружінням, запамороченням, больовим синдромом голови, погіршенням пам'яті, а саме вдвічі більше порівняно із минулим роком.

У цей період вірусного навантаження на країну, також спостерігається збільшення виникнення та прогресування серцевої недостатності втричі та збільшення ризику інфаркту міокарда, зростання ризику загальної смертності – вдвічі.

**Мета.** З'ясувати вплив стресової ситуації спричиненої карантинними заходами на здоров'я населення та, зокрема, на порушення ритму у пацієнтів із фібриляцією передсердь

**Матеріали і метод.** Було обстежено методом спостереження та опитування – 70 пацієнтів, що звернулися за медичною допомогою до сімейних лікарів та кардіологів у Івано-Франківський Обласний Клінічний Кардіологічний Центр Івано-Франківської Обласної Ради. Пацієнти були віком від 43 до 64 років і у них був попередньо встановлений діагноз фібриляції передсердь із коморбідною патологією.

**Результати.** Стан здоров'я населення за період карантину з квітня 2020 року по серпень 2020 року значно погіршився. Постійна стресова напруга спричинена небезпекою можливого зараження вірусом COVID-19 призвела до загострення усіх хронічних хвороб, зокрема серцево-судинної патології.

Спочатку пацієнти нехтували своїм поганим самопочуттям щоб не звертатися до лікарів через ризик можливого масового зараження інфекційним захворюванням у період карантину, а коли відбулося послаблення карантинних заходів, то пацієнти почали звертатися за медичною допомогою уже у важких (запущених) станах.

Незалежними факторами розвитку фібриляції передсердь (ФП) є серцева недостатність (СН), хвороби аортального та мітрального клапанів, артеріальна гіпертензія (АГ), збільшення розмірів лівого передсердя, а також ожиріння та обструктивного апное.

Збільшення ризику виникнення ФП пов'язане на 1,37 (37%) із ожирінням, на 1,32 рази (32%) із АГ, та на 9-20% у пацієнтів на фоні важкого фізичного чи психо-емоційного навантаження.

У період карантину наші громадяни не тільки багато хвилювалися але і мало рухалися паралельно із споживанням надмірної кількості висококалорійних продуктів, що призвело до збільшення кількості надлишку маси тіла серед кардіологічних хворих як показали спостереження кардіологів та сімейних лікарів.

Це негативно відбилося на якості життя населення. Збільшилася кількість аритмій (особливо у нічний час), кардіалгій, частого коливання

артеріального тиску, боязнь виникнення інфаркту міокарда, відчуття нестачі повітря.

З боку шлунково-кишкового тракту (ШКТ) пацієнти із поєднаною ФП та ураженням печінки стали частіше скаржитися на здуття живота, печію, важкість у правому підребер'ї, що було підтверджено лабораторними аналізами, болючість та збільшення печінки при пальпації.

Обтяжений стан через поєднану патологію печінки та серцево-судинної системи призвело до поганого загального самопочуття таких пацієнтів, зниження працездатності і сил, швидку втомлюваність, загострення хронічної патології та виникнення ускладнень основного захворювання. Такі особи також частіше мають порушення з боку психоемоційної сфери. У них достовірно частіше виявлялися ознаки ускладненого перебігу обох патологій, що відповідно призводить до частого відвідування медичних закладів і збільшує їхні шанси захворіти на COVID-19.

#### **Висновки:**

1. Стрессова ситуація із великим ризиком заразитися вірусом COVID-19 призвела до загострення хронічних патологій, зокрема виникнення кардіалгій та аритмій у пацієнтів із фібриляцією передсердь.
2. Пацієнти із серцевою недостатністю та фібриляцією передсердь, на фоні стресу відмічали погіршення самопочуття, а також, мають великий ризик перехворіти COVID-19 через часте звернення за медичною допомогою у період карантину.

УДК 613.2

*Подрігало Л.В.<sup>1,2</sup>, Сокол К.М.<sup>3</sup>, Подрігало О.О.<sup>1</sup>*

### **ГЕЙМІФІКАЦІЯ СПОСОБУ ЖИТТЯ ТА ЇЇ ЗНАЧЕННЯ У ГРОМАДСЬКОМУ ЗДОРОВ'І**

<sup>1</sup>Харківська державна академія фізичної культури МОН України

<sup>2</sup>Харківський національний університет ім. Каразіна МОН України

<sup>3</sup>Харківський національний медичний університет МОЗ України

**Вступ.** Загально відомо, що здоров'я більш ніж наполовину залежить від способу життя, що підкреслює його першочергове значення для формування сталості та благополуччя суспільства. На цей час спосіб життя визначається як провідний узагальнений чинник, що визначає основні тенденції в зміні здоров'я, та розглядається як вид активної життєдіяльності людини. До складу способу життя відносяться звички, режим, темп і ритм життя, особливості роботи і спілкування.

На цей час наявні різні класифікації різновидів способу життя, але всі вони містять найбільш важливу для дотримання здоров'я категорію – здоровий спосіб життя. Він у свою чергу визначається як гігієнічна поведінка, що базується на науково обґрунтованих санітарно-гігієнічних нормативах, спрямованих на зміцнення і збереження здоров'я, активізацію захисних сил організму, забезпечення високого рівня працездатності, досягнення активного довголіття. Тобто підкреслюється зв'язок між станом здоров'я та способом



життя, оскільки наведене визначення містить практично усі критерії, які характеризують здоров'я.

У концепції громадського здоров'я дотримання здорового способу життя займає ключове місце. Це пов'язане з тим, що він є інструментом керування здоров'ям, засобом отримання інформації про стан людини, важливою ланкою моніторингу здоров'я людини. Тому аналіз особливостей способу життя набуває важливого значення на всіх рівнях аналізу здоров'я – від індивідуального до популяційного.

На цей час наявна достатня кількість методик, що спрямовані на аналіз особливостей способу життя. Їх поєднують такі риси як комплексність та поліфункціональність, можливість кількісного та якісного аналізу складових частин та їх впливу на здоров'я людини.

Сучасна ситуація в світі має ще одну важливу рису – стрімкий розвиток мультимедійних технологій та проникнення їх практично у всі галузі науки, навчання, відпочинку, повсякденного життя тощо. У зв'язку із цим з'явився спеціальний термін – «гейміфікація», який застосовується і відносно способу життя.

**Мета дослідження:** розгляд можливостей і наслідків гейміфікації способу життя і склав.

**Матеріали і методи.** У якості предмету аналізу виступили 12 розповсюджених додатків для телефонів, які спрямовані на оптимізацію сучасного способу життя. Основним методом аналізу був метод санітарного описування.

**Результати.** Гейміфікація передбачає використання програм та відповідних додатків, спрямованих на моніторинг здоров'я та оптимізацію способу життя. На цей час існує достатньо велика кількість програмних продуктів, які мають як комплексний, так і цільовий характер. У якості прикладу можуть бути наведені комплексні додатки «Google Fit» та «Samsung Health», мета яких моніторинг рухової активності, особливостей режиму дня та основних фізіологічних параметрів людини. Близький до них додаток «Fitocracy», який пропонує варіанти тренувань, поради експертів і підтримку однодумців, які допоможуть зберегти мотивацію. Користувач може вибирати потрібні тренування, виконувати завдання, отримувати досвід і підвищувати свій рівень не тільки в додатку, але і в реальному житті.

У якості більш вузько спрямованих програм виступає, наприклад, «Couch to 5K» (назва якої перекладається як «від дивана до 5 кілометрів») - це метод бігового тренування, який всього за дев'ять тижнів допоможе користувачеві пробігти 5 кілометрів практично без будь-якого досвіду. Додаток відслідковує результати, дає поради і допомагає з мотивацією.

Важливість раціонального харчування у здоровому способі життя не викликає сумнівів. Тому існують програми, що спрямовані на контроль харчування та його відповідну оптимізацію. Наприклад, «Fooducate», назва якого утворена від двох англійських слів - food, «їжа», і to educate, «навчати». Додаток допомагає вийти за рамки уявлення про їжу як про набір калорій і отримати повне уявлення про склад кожного шматочка з'їденої вами їжі.

Додаток «Noom» призначений для тих, хто має розлади харчової поведінки, стежить за харчуванням, бажає поліпшити свої звички в їжі. Окрім

фіксації харчування в ньому передбачено контроль масу тіла, а також певне інформаційне забезпечення щодо проблем втрати ваги і харчових звичок. Вбудовані вікторини та опитування додають ігровий елемент, а спілкування з особистим консультантом та групою однодумців допомагає дотримуватися правил здорового харчування. Додаток фокусується на поведінковій психології і роз'яснює складні концепції легкою мовою.

Додаток «Waterlogged» дозволяє контролювати дотримання водного балансу в організмі. Програма відстежує кількість води, яка споживається щодня, стежить за динамікою, дозволяє встановлювати додаткові нагадування.

Важливим компонентом загального здоров'я є здоров'я психологічне, тому достатня кількість програмних додатків спрямована на його поліпшення. У додатку «Headspace» зібрані міні-медитації, які можна використовувати у різних життєвих ситуаціях: одні допоможуть заснути, інші - впоратися з тривогою, треті - знизити рівень стресу. Мінімальна тривалість - всього десять хвилин на день - допоможуть підвищити рівень концентрації, уважності і стати спокійніше.

Додаток «Happify» є системою, яка допомагає подолати стрес, позбутися від тривожності і негативних думок і поліпшити емоційне здоров'я.

Програма «My Possible Self» призначена для тих, хто вирішив зайнятися розвитком емоційного інтелекту і хоче краще розуміти те, що відчуває. Вона допомагає контролювати емоції, розпізнавати закономірності в їх виявах і відстежувати причини виникнення того чи іншого почуття. Цей додаток допомагає у вирішенні проблем хронічного стресу і занепокоєння, втрат або серйозних травматичних змін у житті.

Значення правильно побудованого сну у образі життя неможливо перецінити. Він не тільки забезпечує відновлення та відпочинок, але й є важливим інструментом впливу на метаболізм, рівень основних гормонів тощо. Спеціальний додаток «SleepCycle» відстежує якість сну, контролює частоту серцевих скорочень уві сні. Ця програма здатна будити користувача під час найоптимальнішою фази сну, що забезпечує оптимальний рівень працездатності.

Велика розповсюдженість шкідливих звичок (паління, вживання алкоголю) обумовила створення відповідних додатків, які спрямовані на їх подолання. Так, додаток «Smoke Free» створює систему мотивації, коли кожну невикуренну сигарету він перекладає в суми, які зекономлені і додаткові години життя, отримані внаслідок відмови від куріння.

Додаток для боротьби з вживанням алкоголю «Drinkaware» допомагає перевірити і переконатися, які саме стосунки з алкоголем характерні для користувача. Спеціальні трекери і інструменти, наприклад калькулятор випитих одиниць і спожитих калорій, допоможуть переглянути звички споживання алкоголю і встановити цілі для зниження цього показника. І, як і в випадку з попереднім додатком він має грошову мотивацію: весь спожитий алкоголь фіксується не тільки у вигляді мілілітрів, а й у вигляді витрачених коштів.

**Висновки.** Таким чином, проведений аналіз додатків, спрямованих на аналіз особливостей способу життя доводить їх важливість для оптимізації здоров'я на різних рівнях. Гейміфікація способу життя створює позитивну

мотивацію, формує відповідні динамічні стереотипи, забезпечує ефективний контроль та самоконтроль за дотриманням рекомендацій та станом людини.

Залежно від поставлених завдань, програмне забезпечення може мати як комплексний, так і цілеспрямований характер. Воно зручне для використання у моніторингу стану людини, оскільки відповідає основним принципам моніторингу здоров'я, тобто враховує вікові особливості розвитку людини, має виражений уніфікований характер за рахунок наявних критеріїв, нормативів, оціночних шкал, а також стандартного рівня здоров'я, до якого потрібно прагнути.

Переважає більшість відомостей, що використовуються у додатках, має кількісний характер, тобто дозволяє їх обробляти, аналізувати і оцінювати як показники способу життя (рухову активність, харчування, сон тощо), так і фізіологічні параметри людини (пульс, артеріальний тиск, масу тіла тощо). Важливою перевагою зазначених додатків є наявність зворотного зв'язку, за допомогою якого можливо корегувати поставлені завдання, оцінювати ефективність вживаних заходів. Переважає кількість додатків передбачає можливість діалогу із пристроєм, внесення необхідних коректив.

Як важливу перевагу необхідно відмітити фінансову доцільність більшості додатків, які розповсюджуються безкоштовно.

Можливо вважати, що масове впровадження гейміфікації способу життя буде сприяти покращанню рівня здоров'я громадян, як на індивідуальному, так і на груповому і популяційному рівнях.

УДК 618.145-007.61:578.82/.83

*Бойчук А.В., Верещагіна Т.В., Коптюх В.І., Шадріна В.С., Хлібовська О.І.*

## **РОЛЬ ВІРУСІВ ПРИ ГІПЕРПЛАСТИЧНИХ ПРОЦЕСАХ ЕНДОМЕТРІЯ: ІНФЕКЦІЙНИЙ АГЕНТ ЧИ «ПАСАЖИР»?**

Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського  
МОЗ України

**Вступ.** За даними наукової літератури гіперпластичні процеси ендометрія (ГПЕ) складають 15-40% усієї гінекологічної патології. Наукові публікації з даної проблеми дозволила нам проаналізувати окремі етіопатогенетичні шляхи у формуванні гіперпластичних змін ендометріальної тканини, зокрема оцінити роль інфекційного фактора, як провокуючого та етіологічного чинника у виникненні ГПЕ.

Ряд авторів розцінюють ГПЕ, як клінічний та морфологічний синдром, що виникає внаслідок пошкодження ендометрія інфекційними збудниками при чому відбуваються численні вторинні морфологічні та функціональні зміни, які порушують циклічну біотрансформацію та сприйнятливність слизової оболонки тіла матки.

Вивчення результатів наукових досліджень, на нашу думку, вказує на доцільність подальшого вивчення проблеми ролі вірусної інфекції як етіопатогенетичного чинника у виникненні ГПЕ, а також дослідження спектру вірусного інфікування та ролі окремих вірусів у виникненні та рецидивуванні ГПЕ.

**Мета.** Розширення можливості прогнозування перебігу та перспектив превентивного лікування рецидивів при ГПЕ.

**Матеріали та методи.** Нами було обстежено 60 пацієнок гінекологічного відділення КНП «Тернопільська комунальна міська лікарня №2», які звертались за медичною допомогою впродовж 2017-2019 рр. з приводу гіперпластичних процесів ендометрія у репродуктивному віці.

Після повного видалення патологічно зміненої тканини ендометрія за допомогою гістероскопії за допомогою жорстко-волоконної оптики фірми «KARLSTORZ» з 6-го по 11-й день менструального циклу, проводилось його гістологічне дослідження.

Критеріями включення пацієнок у дослід був гістологічно підтверджений діагноз ГПЕ відповідно до класифікації патології ендометрія ВООЗ (2014р.).

Усі діагностичні та лікувальні маніпуляції проводились відповідно до протоколу схваленого комітетом з біоетики (№53/03.06.2019).

Отримані дані оброблялися з використанням стандартних статистичних методів з використанням персонального комп'ютера HP PREMIER EXPERIENCE з програмою MicrosoftWord 2010. Статистична обробка проводилася програмою Statistika 10.

**Результати.** При гістологічному дослідженні різних видів гіперплазій ендометрію у 74% випадків ( $p < 0,05$ ) був виявлений плоскоклітинний компонент (ознаки метаплазії) (рис.1). Зважаючи на те, що цитоплазматична вакуолізація епітелію часто характерна для койлоцитів, які формуються під впливом вірусу в ектоцервікальному епітелії, ми провели літературний пошук різних проявів гіперплазії ендометрія і намагалися встановити наявність вірусних елементів ураження у хворих на різні види гіперплазії.

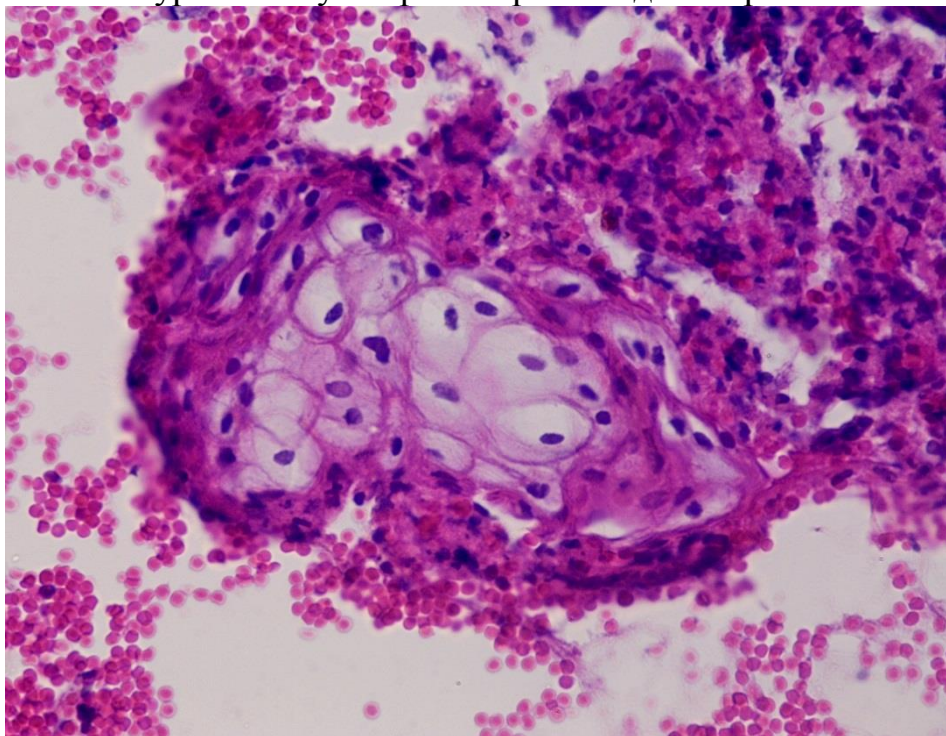


Рис. 1. Цитоплазматична вакуолізація клітин ендометрію. Вогнищева плоскоклітинна метаплазія – великі пінисті клітини серед ендометріальних залоз. Забарвлення гематоксиліном та еозином. x 400.

За даними наукової літератури метапластичні процеси найчастіше проявляються у зміненому ендометрії, включаючи гіперплазію, ендометрит, атипичну гіперплазію або поєднану патологію. Джерело плоскоклітинного епітелію при гіперплазіях ендометрію незрозуміле, проте клітини, швидше за все, виникають як результат метаплазії або через плоскоклітинне диференціювання загальної стовбурової клітини або залозистої клітини і, можливо, стимулюються естрогенами.

Ураження епітеліоцитів вірусом при гіперплазії ендометрію можливо двома шляхами - пряме поширення з шийки матки, або інфікування через кров. Стало відомо, що віруси беруть участь у патогенезі гіперплазії ендометрію. Цілком ймовірно, що вони існують в епітеліоцитах не тільки як «пасажир», а також як етіологічний чинник.

#### **Висновки.**

1. Виявлена типова для ураження вірусом морфологічна зміна ендометрію – мультиядерність, багато ядерність та койлоцитотична атипія у жінок дітородного віку з ГПЕ.

2. Присутність інфекційних патогенів в ендометрії пацієнток з ГПЕ можна розцінити як один з можливих тригерів розвитку гіперпластичних процесів.

УДК 613.6:614.8.003.1

*Федик С.П.<sup>1</sup>, Лукашук-Федик С.В.<sup>2</sup>*

### **ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК СКЛАДОВИХ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ ТА РІВНЯ ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ**

<sup>1</sup>Ягелонський університету (Краків, Польща)

Фаховий коледж економіки, права та інформаційних технологій

Тернопільського національного економічного університету (м. Тернопіль)

<sup>2</sup>ПП «Любанок»: поліклініка Медікус м. Тернопіль

**Вступ.** Проблема охорони громадського здоров'я завжди була і буде актуальною для людства. В розвинених країнах світу сьогодні витрачаються надвеликі кошти для оздоровлення, лікування та освіти свого населення. При цьому контроль та державний вплив на суспільне здоров'я здійснюється через національні системи освіти, охорони здоров'я, громадські та неурядові організації. При цьому в Україні спостерігається стійка тенденція до зниження рівня фізичного здоров'я студентської молоді у навчальних закладах, що, очевидно, пов'язано не тільки з погіршенням соціально-побутових умов життя, але й зі втратою чітких соціально-культурних орієнтирів, пов'язаних з темою здоров'я.

Зважаючи на це, головним завданням сучасних освітніх закладів повинно бути: виховання у майбутніх фахівців високої вимогливості до себе, бажання і уміння вести здоровий спосіб життя. Причин для цього є багато: у наймолодших студентів ще повністю не завершений фізичний розвиток, більшість із них змушені кардинально змінювати спосіб життя. І все це

відбувається на фоні великого навантаження, часто поєднаного з хронічним стресом та перевтомою.

**Мета.** Провести аналіз дотримання студентами Фахового коледжу економіки, права та інформаційних технологій Тернопільського національного економічного університету (ФКЕПТ ТНЕУ) основ здорового способу життя.

**Матеріали і методи дослідження.** Дослідження проводилися шляхом анкетування із наступним статистичним аналізом отриманих даних. Всього було проаналізовано 230 анонімних анкет студентів I, II, III курсу ФКЕПТ ТНЕУ. Середній вік опитуваних 16-18 років, прийняли участь: юнаків – 47%, дівчат – 53%, мешканців м. Тернополя – 27%, мешканців інших населених пунктів – 73%.

**Результати.** Виявилось, що 56 % знають, що таке здоровий спосіб життя, 38 % респондентів дотримують правил здорового способу життя. Проте, 61% студентів I курсу, 23% II курсу та 13% III курсу не дотримуються найпростіших, науково-обґрунтованих норм здорового способу життя. Так, відповідно до результатів анкетування 37 % респондентів є жертвами гіподинамії, яка спричинює ожиріння, 62 % – харчуються 1-2 рази на день, віддаючи перевагу швидкій їжі і солодким газованим напоям, що може у подальшому призвести до порушень роботи шлунково-кишкового тракту.

Аналіз результатів дослідження засвідчив, що 38 % респондентів – не вміють відпочивати, відволікатися від навчальних та побутових справ та для зняття напруження схильні вживати алкоголь. Так, вживають алкоголь (або 1 раз вживали) – 74%, палять – 63% (дівчата – 39%, хлопці – 24%). При цьому лише 19 % регулярно обстежуються у спеціалістів (1 раз на рік).

Також, в результаті проведеного дослідження, нами були визначені причини порушення правил здорового харчування студентами:

1. Не сформована мотивація на збереження і зміцнення свого здоров'я, одним із основних аспектів якого є раціональне харчування.

2. Обмеженість коштів, через що не кожний студент може собі дозволити якісні харчові продукти.

3. Небажання готувати їжу, адже набагато простіше з'їсти булочку із йогуртом чи «Мівіну», ніж гаяти час біля плити.

4. Обмаль часу, оскільки більшість його обсягу займає навчання. Після недоспаної ночі він не встигає поспіяти. А після занять намагається надолужити втрачене - переїдає (що є досить шкідливим для організму).

Проте 93 % респондентів виявили зацікавлення у запровадженні спеціалізованих програм про формування навичок здорового способу життя !

**Висновки:** Зважаючи на порушення, які виявлені нами в способі життя та складнощі навчання, нормування культури здорового способу життя у студентському середовищі повинно містити такі складові: розумне поєднання праці й відпочинку, раціональне харчування, оптимальний руховий режим, особисту гігієну, загартовування, викорінення шкідливих звичок. Реалізація програми формування культури здорового способу життя студентської молоді може бути у формі лекції, диспуту, конференції, написання проектів та інших інформаційних технологій, які покликані підвищити інтерес до збереження здоров'я.

На основі одержаних результатів нами розроблені практичні рекомендації для студентів, стосовно харчування, основними з них є такі: дотримуватися режиму харчування, частіше вживати рідкі гарячі страви, ретельно пережовувати їжу, при вживанні їжі не дивитись телевізор, не працювати за комп'ютером, не читати книгу, нормувати раціон харчування та надавати перевагу здоровій їжі.

*Теренда Н.О., Гандзюк Н.М.*

## **ОНКОГІНЕКОЛОГІЧНА ПАТОЛОГІЯ В УКРАЇНІ: ПОШИРЕНІСТЬ ТА СТРУКТУРА**

Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського  
МОЗ України

**Вступ.** Сьогодні злякисні новоутворення продовжують являти собою серйозну проблему людства, тому що в ній сконцентрувалися медичні, соціальні, біологічні, демографічні, технічні, економічні і інші питання, прямо або побічно пов'язані із зростанням показників захворюваності.

Проблема онкології давно вже переступила за рамки охорони здоров'я і стала серйозною соціальною проблемою. Онкологічні захворювання заподіюють катастрофічно значущі соціально-економічні втрати нашому суспільству - це зниження соціальної активності, фізичний біль, психічна напруга, зниження прибутків, розпад сімейства, сирітство, овдовіння.

**Мета** – проаналізувати структуру онкогінекологічної захворюваності в Україні.

**Матеріали і методи.** На основі епідеміологічного дослідження проаналізовано дані канцерреєстру України протягом 2014-2019 рр.

**Результати.** У структурі смертності населення України онкологічні захворювання продовжують займати друге місце після серцево-судинних. Серед них чільне місце займає рак тіла матки, шийки матки та яєчників.

Це обумовлює актуальність розробки нових і вдосконалення існуючих методів діагностики даної патології.

Не дивлячись на існуючі успіхи сучасної медицини у діагностиці, лікуванні та профілактиці онкологічної патології рівень поширеності злякисних пухлин жіночої репродуктивної системи характеризується тенденціями до зростання, негативно впливає на стан здоров'я жіночого населення, призводить до ранньої інвалідності. Щорічне зростання показників захворюваності на рак тіла матки, шийки матки і яєчників у жінок фертильного віку дозволяє розглядати пухлини цієї локалізації як загрозу репродуктивної функції жіночого населення.

Захворюваність жіночого населення на злякисні новоутворення залишається стабільно високою і протягом останніх 5 років вона становила у 2019 році 351,4 на 100 тис. населення жіночого, а у 2014 році 358,8 на 100 жіночого населення. Показник захворюваності у 2019 році на рак тіла матки становив 36,1 на 100 тисяч жіночого населення, рак шийки матки – 21,3, рак яєчників – 18,4 на 100 тис. жіночого населення. Захворюваність у 2014 році на

рак тіла матки становила 32,4 на 100 тисяч жіночого населення, рак шийки матки – 21,1, рак яєчників 17,9.

Таким чином, рівень онкогінекологічної захворюваності в Україні залишається стабільно високим, що негативно впливає на репродуктивне здоров'я жіночого населення та показники природнього приросту.

Рак тіла матки за даними національного канцер-реєстру України у 2019 році займає третє місце (12,2 %) у структурі онкологічної захворюваності жіночого населення, поступаючись лише раку молочної залози (23,1 %) та немеланомним злоякісним новоутворам шкіри (17,1%). Причому рівень захворюваності раком тіла матки залежить від регіону та впливу зовнішніх чинників. Найвищий рівень захворюваності визначався у областях, які мають регіональні особливості шкідливих впливів екології на природних ресурсів. Високі показники захворюваності (36,0-46,0 на 100 тис. жіночого населення) визначаються у Кіровоградській, Сумській та Київській областях, мінімальні (20,0 – 27,0 на 100 тис. жіночого населення) в Одеській, Закарпатській, Миколаївській областях (література, Бюл.к.р., 2019) .

В Україні рак шийки матки є одним з основних в структурі онкологічної захворюваності у жінок, складаючи 5,7 % в структурі онкологічних захворювань жінок і є третім за поширеністю захворюванням після раку молочної залози та тіла матки.

Рак шийки матки - рідкісне захворювання у жінок молодше 30 років, найчастіше зустрічається в осіб старше 40 років. Найбільше число смертей від раку шийки матки відзначається у жінок у віці за 50 років. Рак яєчників зустрічається не більше ніж у 1,5 % жіночого населення планети. За даними клінічних досліджень у більшості випадків дане захворювання виявляють на пізніх невиліковних стадіях. За даними Міжнародного агентства з вивчення раку (МАВР), для більшості країн світу характерним є зростання захворюваності злоякісними пухлинами яєчника. Також статистичні дані вказують на відсутність тенденцій до зниження смертності від раку яєчників.

У структурі онкозахворюваності жіночого населення України рак яєчників становив у 2014 – 5,0%, у 2015 та 2018 роках 4,9%, а у структурі смертності у 2014 та 2015 роках 6,4 % та у 2017-2018 роках 6,5 %. Не дивлячись на існуючі досягнення в сучасній клінічній онкології рак яєчників вважають найбільш складним у лікуванні серед всієї онкогінекологічної патології.

**Висновки.** Протягом 2014-2019 рр. захворюваність онкогінекологічною патологією продовжує залишатися високою і створює одну із складових глобального тягара онкологічних захворювань.

*Теренда Н.О., Фарійон Н.Я., Теренда О.А.*

## **АСПЕКТИ ПОШИРЕНOSTІ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ В УКРАЇНІ**

Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського  
МОЗ України

**Вступ.** Цереброваскулярна патологія є однією із складових глобального тягара хвороб. Вона зумовлює високу смертність, інвалідизацію, втрату



працездатності, розвиток деменції і високий ризик розвитку повторного епізоду порушення мозкового кровообігу.

**Мета.** Вивчити тенденції поширеності та детермінанти розвитку цереброваскулярних захворювань в Україні.

**Матеріали і методи:** на основі епідеміологічного методу проаналізовано поширеність та детермінанти розвитку цереброваскулярних захворювань в Україні.

**Результати.** За даними ВООЗ, за 2015 рік унаслідок серцево-судинних захворювань у світі померло близько 17,7 млн людей, з них 6,7 млн – унаслідок інсульту. У різних країнах Європи захворюваність на мозковий інсульт становить 100-200 випадків на 100 тис. населення. До 2025 р. кількість хворих на інсульт може зрости на третину.

За останні 10 років поширеність даних захворювань в Україні суттєво збільшилась, особливо, внаслідок хронічних форм недостатності мозкового кровообігу. В Україні у структурі цереброваскулярних захворювань (ЦВЗ) приблизно 96% належать хронічним порушенням мозкового кровообігу – дисциркуляторним енцефалопатіям. Вони проявляються неврологічними, нейропсихологічними або психічними порушеннями, зумовленими хронічною судинною мозковою недостатністю або повторними епізодами гострих порушень мозкового кровообігу.

Інші 4 % належать мозковому інсульту. Рівень захворюваності на інсульт в Україні є одним з вищих в Європі і становить близько 140 тис. випадків на рік, понад третина з них – в осіб працездатного віку. При цьому 30–40 % хворих на інсульт помирають упродовж перших 30 днів, і до 50 % – протягом 1-го року від початку захворювання, 20–40 % хворих, які вижили, стають залежними від сторонньої допомоги. Це зумовлює розвиток у 12,5 % первинної інвалідності. Лише близько 10 % повертаються до повноцінного життя.

Згідно прогнозних даних у 2030 році в світі вже буде 23 млн. мозкових інсультів, через них помруть 7,8 млн. На той час у світі мозковий інсульт перенесуть 77 млн. осіб.

Однією із причин розвитку ЦВЗ є старіння населення. Так, встановлено, що ризик розвитку інсульту у віковій групі 45–54 роки становить 1 %, 65–74 роки — 1 %, понад 80 років — 5 %.

До найчастіших детермінант розвитку ЦВЗ та, зокрема, мозкового інсульту належать артеріальна гіпертензія (гіпертонічні кризи, неконтрольована артеріальна гіпертензія), цукровий діабет 2 типу, хронічні захворювання серця, дисліпідемії, куріння, алкоголізм, ожиріння, використання пероральних контрацептивів, тощо.

**Висновок.** Враховуючи значний медичний і соціальний тягар інсультів, істотне місце по його зменшенню потрібно відводити профілактиці: боротьбі з факторами ризику, інформуванню населення щодо перших ознак розвитку інсульту, що покращить ранню госпіталізацію таких пацієнтів.

*Салій З.В., Шкробот С.І., Салій М.І.*

## **ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ОЦІНКИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ У ВІДДАЛЕНОМУ ПЕРІОДІ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ**

Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського  
МОЗ України

**Вступ.** Більш цілісним і повним інструментом для характеристики віддаленого періоду черепно-мозкової травми (ЧМТ) вважають поєднання функціональних та нейропсихологічних тестів з оцінкою якості життя (ЯЖ) (Truelle J.L. та співавт., 2010). ЯЖ надає інформацію про суб'єктивне сприйняття пацієнтом, яке доповнює клінічні і функціональні результати, дозволяючи ідентифікувати особисті потреби, визначити пріоритети терапевтичних заходів та оцінити індивідуальне відновлення. Scholten A.C. та співавтори (2015), на підставі оцінки ЯЖ через 1 рік після ЧМТ різної тяжкості, встановили незалежні предиктори її зниження: жіноча стать, похилий вік, супутні захворювання.

**Мета.** Проаналізувати гендерні особливості оцінки якості життя пацієнтами у віддаленому періоді черепно-мозкової травми.

**Матеріали і методи.** У 184 хворих провели оцінку якості життя за шкалою SF-36, середній вік пацієнтів –  $42,19 \pm 0,75$  років, чоловіків було 88,89 %, катанез травми –  $6,91 \pm 0,50$  років, неврологічний дефіцит за шкалою NOS-TBI –  $3,40 \pm 0,17$  бала. Дизайн дослідження передбачав також тестування за Монреальською шкалою когнітивного дефіциту (MoCA-тест) та шкалою HADS (скринінг рівня тривожності та депресії). Статистичний аналіз здійснили, використовуючи пакет програм “Statistica 8.0 for Windows” та “Excel 2010”.

**Результати.** У загальній вибірці усі рубрики шкали SF-36 були достовірно ( $p < 0,001$ ) нижчими за контрольні. Ми спостерігали синхронність динаміки значень рубрик SF-36 у групах жінок та чоловіків.

Найбільшого відхилення в обох групах від показників контролю зазнавали рольове (як фізична (RP), так і емоційна складова (RE)) та соціальне функціонування (SF), найменшого – життєва активність (VT).

Незважаючи на те, що у групі жінок більшість показників із SF-36 (за винятком загального здоров'я та соціального функціонування), були нижчими, ніж у групі чоловіків, достовірною ( $p = 0,02$ ) різниця була лише між результатами фізичного функціонування (PF).

Характер кореляційних залежностей у групах, розділених за статевою ознакою був таким: у жінок тривожність негативно впливала на життєву активність ( $r = -0,53$ ;  $p = 0,020$ ) та психічне здоров'я ( $r = -0,50$ ;  $p = 0,028$ ), аналогічний вплив здійснювала і депресія ( $r = -0,66$ ;  $p = 0,02$ ). Проте, кореляційний зв'язок між значенням рольового функціонування, зумовленого фізичною складовою та тривожністю й депресією був прямо пропорційним – ( $r = 0,49$ ;  $p = 0,034$  та  $r = 0,49$ ;  $p = 0,036$  відповідно). Інші показники, як от катанез та тяжкість травми, вік та тяжкість неврологічного дефіциту, достовірного впливу на значення окремих рубрик шкали SF-36 не мали.

У групі чоловіків кореляція вік/фізичне функціонування –  $r=-0,30$ ;  $p=0,02$ , катамнез травми/психічне здоров'я –  $r=-0,18$ ;  $p=0,05$ , NOS-TBI/рольове функціонування –  $r=-0,27$ ;  $p=0,04$ . Вища оцінка загального здоров'я поєднувалася з кращими показниками МоСА-тесту ( $r=0,32$ ;  $p=0,017$ ). У чоловіків вираженість тривожності та депресії мала негативний вплив на усі рубрики шкали SF-36, зокрема, психічне здоров'я ( $r=-0,44$ ;  $p=0,001$ ,  $r=-0,37$ ;  $p=0,001$  відповідно), фізичне функціонування ( $r=-0,44$ ;  $p=0,001$  та  $r=-0,37$ ;  $p=0,001$  відповідно), життєву активність ( $r=-0,35$ ;  $p=0,001$ ,  $r=-0,37$ ;  $p=0,001$  відповідно).

#### **Висновки.**

1. Тестування за SF-36 продемонструвало достовірно нижчий рівень «фізичного функціонування» у жінок.
2. Лише у групі чоловіків достовірний вплив на окремі рубрики шкали SF-36 мали вік, катамнез травми, рівень неврологічного (NOS-TBI) та когнітивного (МоСА) дефіциту.
3. Якщо у групі чоловіків рівень депресії та тривожності був чинником, який достовірно зворотно корелював з усіма рубриками SF-36, то у групі жінок – лише з показником «психічного здоров'я» та «життєвої активності». Рівень фізичної складової рольового функціонування у жінок зростав при вищих значеннях тривожності та депресії.

*Павлів Т.Б.*

### **СИНДРОМ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ ПРАЦІВНИКІВ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я (КОРОТКИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ)**

Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського  
МОЗ України

**Вступ.** 20 травня 2019 р. у Женеві Всесвітня організація охорони здоров'я представила на Всесвітній асамблеї охорони здоров'я нове видання Міжнародної класифікації хвороб (МКХ-11). Основні зміни МКХ-11 стосуються ігрової залежності, сексуального здоров'я, інсульту і посттравматичного стресового розладу. Не обійшли увагою і синдром вигорання, що входить до 11-го видання МКХ як явище, що виникло внаслідок хронічного стресу на роботі.

**Мета.** Проаналізувати синдром професійного вигорання працівників у сфері охорони здоров'я, його наслідки та шляхи вирішення.

**Матеріали і методи.** У роботі використано методи аналізу і синтезу.

**Результати.** У 1974 році термін «staff burn-out» (вигорання працівників) ввів американський психіатр Герберт Фрейденберг. У 1976 році був введений термін «емоційне вигорання» американською дослідницею Христиною Маслач. Замість терміна «staff burn-out» вона стала використовувати поняття «вигорання» (припинення горіння). За словами Маслач, емоційне вигорання, яке є причиною професійного вигорання – це розплата за співчуття.

*Емоційне вигорання* – це синдром емоційного виснаження, деперсоналізації (втрата індивідуальності, відокремленості від інших) і

зниження особистих досягнень, що може виникнути у працівників, робота яких пов'язана з людьми. Це реакція на хронічне емоційне напруження внаслідок роботи з іншими людьми, особливо якщо вони стурбовані або мають проблеми. Таким чином, це може вважатися одним з видів стресу на роботі. Хоча це має деякі з тих же згубних наслідків що і інші відповідні реакції на стрес. Унікальність вигорання полягає, в тому, що стрес виникає внаслідок соціальної взаємодії між працівником і клієнтом.

*Професійне вигорання* — це виснаження емоційних, розумових і енергетичних ресурсів людини, яке розвивається на тлі сильного хронічного стресу на роботі. Виявляється повною втратою інтересу до професійної діяльності і відчуттям безглуздості подальшого розвитку, відсутністю сил і бажання займатися діяльністю, яка нещодавно була по-справжньому цікавою.

Причинами професійного вигорання у медичних закладах є:

1. Емпатія – співпереживання емоційному стану пацієнта. Медик сприймає проблеми пацієнта на особистому рівні.
2. Невідповідність досвіду і знань роботі, яка виконується. Так як медична діяльність пов'язана зі здоров'ям людини, не маючи достатнього досвіду і практичних навичок, медик особливо гостро переживає за наслідки своєї діяльності.
3. Напружені відносини в колективі, з керівництвом.
4. Недостатнє матеріальне заохочення медичного працівника.
5. Надмірна завантаженість медпрацівника.
6. Погані умови роботи.
7. Невідповідність між бажаним і реальними рівнями відповідальності.
8. Неможливість особистого розвитку.

Фізичні симптоми професійного вигорання: постійна втома, головний біль, фізичне виснаження, розсіяна увага, зниження реакції, сонливість, безсоння, зміна ваги. У випадку з медпрацівниками – це може мати дуже небезпечні наслідки, адже медик завжди повинен мати швидку реакцію і ясний розум щоб не зашкодити пацієнту.

Психологічні симптоми професійного вигорання: апатія, депресія, дратівливість, песимізм, нервові зриви, почуття тривоги, страх не впоратися зі своїми обов'язками. Лікар працює з людьми, тому повинен бути в гарному настрої. У той же час, якщо пацієнт не в настрої, він може скидати свій негатив на лікаря, що виснажує психологічно. Дуже важко в такій ситуації зберігати спокій. Саме цьому аспекту, роботі лікаря з людьми (професія типу «людина-людина»), необхідно приділяти найбільше уваги.

Синдром професійного вигорання у медпрацівників проявляється в зниженні зацікавленості в роботі, більшій витраті часу на постановку діагнозу. Втомлени лікарі можуть ставити неправильний діагноз, призначати неправильні методи лікування, затримуватися довше на роботі, або ж раніше йти додому. У колективі це проявляється відособленістю від колег. З'являються шкідливі звички, що може мати погані наслідки не лише для медика, але і всього медичного закладу, так як він має доступ до різних лікарських засобів.

Щоб не допустити вигорання медичні працівники повинні дотримуватися наступного:

1. Тверезо оцінювати свої можливості.

2. Самовдосконалюватися. Лікарі повинні відвідувати конференції, семінари, майстер-класи. Почуття сидіння на одному місці і зупинки в розвитку призводить до поступового впадати в депресію і є причиною вигоряння.

3. Мати хобі та активно відпочивати в неробочий час. Це найкраще відволікає від думок про роботу. Будь-який працівник швидко вигорає емоційно, якщо не тільки в робочий час, але і на вихідних думає про роботу.

4. Піклуватися про своє здоров'я, дотримуватися режиму харчування і сну.

5. Вести активне соціальне життя.

6. Спілкуватися з людьми, що не мають відношення до медицини (тобто не обмежувати коло спілкування колегами).

7. Не гнатися за успіхом або перемогою. Виконувати свої обов'язки необхідно якісно і відповідально, але спокійно і розмірено, адже нервові виконання призводить до психічної напруженості.

8. Мати повноцінне особисте життя. Розлади в сім'ї, особистих відносинах неодмінно вплинуть на роботу.

Запобігання синдрому професійного вигорання багато в чому залежить від керівництва. Так керівники медичного центру повинні застосовувати такі методи:

1. Робота повинна бути відповідно досвіду і знань. Потрібно побудувати такі взаємини в колективі, щоб кваліфіковані та досвідчені лікарі навчали молодих лікарів, і в усьому підтримували їх на початковому етапі роботи. Без взаємної поваги і дружніх взаємин нічого не вийде. Багато тут залежить від корпоративної культури. Кожен керівник медичного закладу повинен розуміти, що від злагодженості в колективі залежить не тільки успіх медичного центру, але і життя пацієнтів.

2. Навчання і розвиток співробітників. Вклавши гроші в лікаря, медичний центр отримає значно більше, застосовуючи надалі нові знання та навички працівника. Лікар не лише отримає нові професійні знання та навички, але і буде відчувати себе потрібним. Краще всього організувати курси і тренінги безпосередньо на базі медичного закладу. Це зміцнить взаємини в колективі, надасть працівнику почуття приналежності до медичного закладу і буде вважатися значною перевагою і причиною залишитися, якщо надійдуть пропозиції від інших медичних центрів. Курси можуть бути не тільки медичні, але й англійської мови, психології, навичок роботи з людьми, спортивні секції. Краще ж усього – запитати у самих медичних працівників чого вони хочуть.

3. Постійне удосконалення умов праці. Наприклад, доставка до місця роботи, якщо добиратися далеко і незручно. Безкоштовна їдальня для всіх співробітників медичного закладу. Гнучкий графік, якщо це не заважає робочому процесу.

4. Висока мотивація співробітників. Слід пам'ятати, що однаково важлива, як матеріальна, так і нематеріальна мотивація.

5. Повний соціальний пакет. Працівник не може працювати ефективно, якщо не відчуває, що він захищений.

**Висновок.** Необхідно приділяти однаково увагу всім ланкам медичного персоналу, починаючи від технічного персоналу і закінчуючи провідними

лікарями. Адже почуття несправедливості та образи - це найшвидший шлях до синдрому професійного вигорання. Відповідно це може призвести не тільки до неякісної роботи лікаря, але і до його бажання змінити місце роботи. Якщо ж буде присутня плинність кадрів, медичний центр ніколи не досягне успіху. Набагато ефективніше плекати своїх працівників, які відчуваючи добре до себе ставлення і приналежність саме до цього медичного закладу, будуть вірні йому і не залишать його навіть у важкі часи.

*Теренда Н.О., Стецюк І.О., Тодуров М.Б., Стецюк Л.Р.*

## **ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ КАРДІОХІРУРГІЧНИХ ПАЦІЄНТІВ, ЯКИМ ВИКОНАНІ МІНІІНВАЗИВНІ ДОСТУПИ**

Тернопільський національний медичний університет імені І.Я.Горбачевського  
МОЗ України

**Вступ.** Сучасна кардіохірургія дедалі частіше вимагає малоінвазивності та швидкої фізичної і психічної реабілітації пацієнта. Сьогодні все більше уваги приділяється особливостям психоемоційних показників у хворих, яким плануються чи виконані оперативні втручання. Оперативне втручання є багатокомпонентним стресом. Факторами, які визначають його розвиток, є психоемоційне напруження, біль, патологічні рефлексії невеликого характеру, крововтрата, ураження тканин та анестезія. При цьому провідна роль відводиться психоемоційному фактору. На тлі незаперечних досягнень сучасної науки у хірургічній практиці до сьогодні зберігають свою актуальність питання, пов'язані з тим, що відчуває пацієнт у зв'язку з виконанням оперативного втручання і які негативні психогенні наслідки при цьому розвиваються. Значний внесок у це роблять особливості особистості хворого і специфіка умов, в яких надається хірургічна допомога. Саме тому психологічний фактор – важлива і далеко не завжди адекватно врахована кардіохірургами та анестезіологами умова, що визначає розвиток стресу, асоційованого з операцією.

В останні роки у літературі з'явилися публікації, присвячені психологічній діагностиці психоемоційного напруження у зв'язку з виконанням оперативного втручання. Для оцінювання психологічного напруження як у до-, так і в післяопераційний період пропонують використовувати методіку ММРІ, шкалу тривожності Тейлора, Спілбергера–Ханіна, шкалу депресії Бека, Зунге, шкалу стресу Рахе–Холмса. Привертає увагу відсутність результатів наукових праць щодо визначення за допомогою цих методик змін і порівняння психоемоційного стану пацієнтів, яким виконані міні-доступи під час кардіохірургічних операцій.

**Мета:** провести аналіз сучасної вітчизняної та зарубіжної літератури та визначення перспективи дослідження психоемоційного стану в пацієнтів з міні-доступами в післяопераційному періоді.

**Матеріали і методи.** У роботі використано загальнонаукові методи: бібліосемантичний, аналізу і синтезу.

**Результати.** Низка авторів вивчала психоемоційний стан у пацієнтів із «класичним» доступом через виконання поздовжньої серединної стернотомії.

Так, у роботі Дзюби О. М., Хаустова О. О. та співавторів порівнювались показники особистісної та реактивної тривоги. Протягом двох років було обстежено 139 осіб з використанням шкали реактивної та особистісної тривожності Спілбергера — Ханіна. Оперативне втручання є важким стресовим фактором, що призводить до психоемоційних розладів. При первинному та вторинному обстеженні кардіохірургічних хворих ними виявлено посилення особистісної та реактивної тривоги від помірної до високої, що свідчить про виражений психоемоційний стан пацієнтів, який потребує підвищеної уваги з боку не тільки лікарів-хірургів, але психіатрів і психотерапевтів.

У кардіохірургічних хворих ще на етапі підготовки до операції можуть виявляти різні психічні порушення, які є наслідком захворювання як серця, так і реакцією на майбутнє хірургічне втручання, що можуть несприятливо впливати на виконання лікарських рекомендацій і призводити до відмови від операції. Саме оперативне втручання спрямовано на відновлення серцевої діяльності і, як наслідок, на поліпшення якості життя пацієнта, але далеко не всі ці очікування виправдовуються повною мірою. Найбільш часто психічні порушення приймають форму неврастенічного синдрому (дратівливість, нестійкість настрою, порушення сну, тривожні побоювання за життя).

Невротичні реакції передопераційного періоду формуються у зв'язку з багатьма чинниками. Провідну роль відіграють фактори очікування майбутньої операції (невизначеність термінів, перенесення оперативного втручання тощо) і фактори навколишнього середовища (умови перебування в лікарні, результати лікування інших пацієнтів у палаті та відділенні). Використання мініінвазивних технологій дозволяє зменшити негативний вплив вищенаведених факторів.

Використання міні-доступів призводить до зниження обсягу післяопераційної крововтрати, зменшення доз наркотичних анальгетиків в післяопераційний періоді у порівнянні зі стандартною технікою. Екстубація пацієнта, яка виконана протягом години після виїзду з операційної, скорочує час перебування пацієнта у відділенні інтенсивної терапії та, відповідно, витрати на час його перебування у відділенні.

Такі пацієнти потрапляють в так звану групу fast tracking або «швидке ведення», а це має на меті ранній перехід на амбулаторне лікування, раннє відновлення нормальної дієти, швидку фізичну та психічну реабілітацію.

**Висновки.** Дедалі більше в останнє десятиріччя набуло використання міні-доступів в кардіохірургії. Переваги у вигляді зменшення тривалості перебування в стаціонарі, інтенсивності больового синдрому, хорошого косметичного ефекту мають великий вплив на психоемоційну складову пацієнта і, як наслідок, - швидку реабілітацію та виписку зі стаціонару.

# ГЛОБАЛЬНІ ВИКЛИКИ ДЛЯ ЗДОРОВ'Я. ЕКОНОМІКА ЗДОРОВ'Я ТА ПРИНЦИПИ СТАЛОГО РОЗВИТКУ СУСПІЛЬСТВА. ПРАВОВІ ТА ЕТИЧНІ ЗАСАДИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

*Ліштаба Л.В.*

## АЛГОРИТМ ЗАСТОСУВАННЯ АПАРАТУ ІНТЕРВАЛЬНОГО АНАЛІЗУ ДЛЯ ПРИЙНЯТТЯ РІШЕНЬ ЩОДО ПРОФЕСІЙНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ МЕНЕДЖЕРІВ.

Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського  
МОЗ України

**Вступ.** Механізм професійної компетентності менеджерів в системі охорони здоров'я слід розглядати як комплексну систему, що складається з системи забезпечення, функціональної та цільової системи, які містять певну сукупність організаційних і економічних важелів, що впливають на систему охорони здоров'я з метою забезпечення ефективної діяльності менеджерів різного рівня.

Для отримання реальної картини про стан компетентності менеджерів різних рівнів необхідно постійно збирати потрібну кількість інформації та аналізувати її. Збій на будь-якому етапі означає втрати часу та втрачені можливості реалізації цілей.

Проблема збору та обробки інформації має велике значення для аналізу рівня компетентності менеджерів різних ланок. Без повної інформаційної картини стану рівня компетентності менеджерів процес створення ефективного організаційно-економічного механізму компетентності менеджерів системи охорони здоров'я не отримає свого логічного завершення.

**Мета.** Вирішення проблеми збору та обробки інформації, яка була наслідком відсутності методів оцінки компетентності менеджерів різних рівнів. Як результат, інформація про якісний стан управлінського кадрового забезпечення стане базою для прийняття рішень стосовно підвищення його компетентності.

**Матеріали і методи.** Основні джерела статистичної інформації, аналітичні та статистичні методи.

**Результати.** Інформаційною базою компетентності управлінського кадрового забезпечення є обсяг інформації, що відноситься до управлінського складу, який є в медичному закладі та обробляється на ньому протягом визначеного періоду часу. При цьому якість та кількість інформації, що обробляється, забезпечить досягнення цілей механізму компетентності менеджерів системи охорони здоров'я.

Основними факторами формування високої професійної компетентності менеджерів установ системи охорони здоров'я є: загальний медичний стаж роботи, частка стажу на керівних посадах від загального, кількість наукових публікацій, яка відображає результати науково-дослідницької діяльності та



націленість на підвищення свого фахового рівня та одержання наукових ступенів. Також, важливим показником професійної компетентності є інтенсивність публікування, що, зокрема, у відношенні до стажу на керівних посадах, може відображати здатність поєднувати в собі компетентності самоорганізації і самоуправління з адміністративно-господарським управлінням.

Удосконалення інформаційного забезпечення системи механізму компетентності менеджерів системи охорони здоров'я може бути реалізоване шляхом управлінсько-інформаційного забезпечення на основі використання сучасної організаційної техніки. Така система повинна передбачити видачу повної інформації для роботи з кадрами. Основною метою її розробки є створення масиву даних такої інформації, яку можна було б використати не лише для звітних документів, але й для прийняття управлінських рішень.

Дана система повинна функціонувати, виходячи із сукупності наступних принципів: єдності складу інформаційної бази; комплексності та сумісності інформації за рівнями управління; одноразового вводу інформації при багаторазовому її використанні (принцип нових завдань); безперервного розвитку системи; системного підходу до проектування; надійності та узгодженості пропускових здатностей різних ланок системи.

Розподіл інформаційних потоків у системі інформаційного забезпечення визначається стратегічними цілями механізму, що визначає способи збору, аналізу та зберігання інформації. Основні етапи збору та обробки інформації, яка необхідна для аналізу компетентності управлінського кадрового забезпечення системи охорони здоров'я, подано на рис. 1.

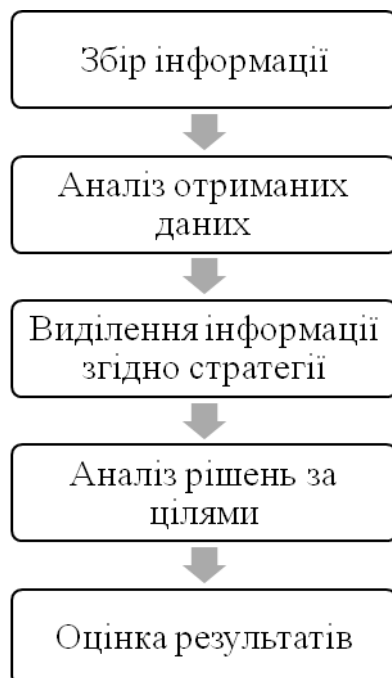


Рис. 1. Етапи збору та обробки інформації для розробки та аналізу заходів механізму компетентності

Перший етап – збір необхідної інформації про стан компетентності управлінського кадрового забезпечення СОЗ.

Другий етап – аналіз отриманих даних з точки зору їх інформативності відносно цілей механізму.

Третій етап – виділення інформації, яка є пріоритетною з точки зору узгодженості зі стратегіями організаційно-економічного механізму компетентності менеджерів СОЗ, цілями та їх досяжністю.

Четвертий етап – аналіз управлінського кадрового забезпечення СОЗ та співвідношення можливостей розробки заходів у відповідності до цілей механізму компетентності менеджерів.

П'ятий етап – оцінка та співвіднесення отриманого результату з кінцевими цілями.

Ця система забезпечить: високий рівень автоматизації процесів збирання, зберігання та обробки текстової інформації для потреб реалізації механізму.

Завдання, пов'язані з моделюванням за умов інтервальних даних, можуть бути розв'язані за допомогою інтервального аналізу теоретичною основою якого є інтервальні обчислення. Був розроблений інструментарій обґрунтування доцільності розробки організаційних, мотиваційних та контрольних заходів у вигляді дескриптивних та нормативних моделей професійної компетентності менеджерів в системі охорони здоров'я. В якості інструментарію оцінки результатів впровадження заходів використано методикку на основі побудованих онтологій поняття професійної компетенції.

**Висновки.** Отримані результати показують актуальність цілеспрямованої роботи з розвитку управлінської компетентності керівників лікувально-профілактичних закладів.

УДК 004:94:53:616-073

*Марценюк В.П., Сверстюк А.С., Багрій-Заяць О.А.*

## **ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ МАТЕМАТИЧНИХ МОДЕЛЕЙ КІБЕРФІЗИЧНИХ СИСТЕМ МЕДИКО-БІОЛОГІЧНИХ ПРОЦЕСІВ**

Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського  
МОЗ України

**Вступ.** Протягом останнього десятиліття активно розвивається концепція створення для різноманітних сфер людської діяльності кіберфізичних систем (КФС), які є інтелектуальними системи з можливістю інтеграції фізичних об'єктів, зовнішніх пристроїв, процесорів та мережевого обладнання. Значний науковий інтерес до портативних КФС спостерігається завдяки їхньому потенціалу для забезпечення безперервного моніторингу фізіологічної інформації в режимі реального часу за допомогою динамічних, неінвазивних вимірювань біохімічних маркерів у біологічних рідинах, таких як піт, слюзи, слина.

**Мета.** Метою дослідження є розвиток теорії математичного моделювання КФС медико-біологічних процесів, в напрямку створення їх нових компартментних математичних моделей та методів якісного аналізу, які б враховували біологічні припущення щодо основних компонентів, локалізованих у компартментах, неперервну та дискретну динаміки.

**Матеріали і методи.** У дослідженні застосовано бібліосистематичний та аналітичний методи в наступних електронних базах даних: Science Direct, PubMed, Scopus і Google Scholar. Під час пошуку роботи проаналізовано

анотації. Критеріями включення були такі: 1 – математичні моделі КФС, 2 – системи, розроблені для організму людини, і 3 – документи, написані англійською мовою. Якщо очікуваний критерій було знайдено, повний текст переглядали.

**Результати.** На сьогодні активно проводяться дослідження з розроблення сучасних КФС для високоінформативних методів вимірювання в медико-біологічних процесах. Разом з тим розроблення багатофункціональних методів контролю та аналізу нових інтегральних показників, порівняно з існуючими, може підняти на новий рівень вимірювальні процеси в багатьох сферах людської діяльності. Найбільш важливим таким застосуванням є медицина та лабораторна діагностика для вимірювання та аналізу біохімічних показників в біологічних рідинах, виявленні онкологічних захворювань, маркерів серцевої недостатності, патогенних бактерій, для визначення рівня забруднення продуктів харчування та навколишнього середовища.

Проведено порівняльний аналіз та класифікацію існуючих математичних моделей КФС медико-біологічних процесів, що використовуються для потреб автоматизованого моніторингу й діагностики функціонального стану людини. Встановлено, що існуючі статичні та динамічні математичні моделі КФС медико-біологічних процесів враховують неперервну динаміку, коефіцієнт дифузії та координати пікселів. Однак не враховують інших необхідних властивостей, які повинні бути притаманні розробленим КФС – ймовірнісну швидкість нейтралізації детектуючих частинок, швидкість дифузії, коефіцієнт дифузійного дисбалансу, кількість детектуючих частинок, сталу запізнення в часі, врахування явища флуоресценції та можливість отримання дискретизованого сигналу з перетворювача.

**Висновки.** У КФС медико-біологічних процесів використовуються статичні та динамічні моделі біосенсорів, проте вони не враховують решітчасту структуру досліджуваних систем. Тому перспективним напрямком проектування КФС є використання решітчастих динамічних структур та різницевих рівнянь на прямокутній та гексагональній решітках.

*Kaminska Tetyana, Martynenko Nataliya*

## **MARKET OF MEDICAL SERVICES IN UKRAINE: PROCESS OF FORMATION AND REGULARITIES OF ITS DEVELOPMENT**

*Yaroslav Mudryi National Law University, Kharkiv National Medical University*

**Introduction.** Postindustrial economy and innovation development assert new demands to the quality of human capital. It is necessary to neutralize risks that brings contemporary production aimed the improvement the quality of human life. Constitutions of different countries fix civil rights for equal access to medical services that causes the necessity of financial guarantees of these rights.

**Results.** Institute of medicine plays an important role in the life of the whole society, but we will focus mostly on the economical one. Medicine improves the individuals' quality of life as well as social-biological conditions of stable reproduction of human capital; it neutralizes the pressure of risks, begot by production of material and intangible benefits; it contributes to the adaptability and

stability of economic system in the context of rapid and profound changes. Moreover, it is one of the most significant mechanisms of innovation development and it affects the investment attractiveness of the country. Medicine is the part of state, corporative, household and global economic structures, but at the same time it has an institutional specificity: conservatism, corporative character, prevalence of informal norms of economic behavior of medical workers over formal ones, and exactly, social competition and the pursuit of high reputation.

All above mentioned points cause the necessity of gradual, careful, consistent economic reforms in health care.

As a rule medical service has dual benefit. From one hand it has a therapeutic and prophylactic effect, and from the other one there is a social-economic impact.

Deep analysis of the structure of health services performs that they are subdivided in state and private ones. Public health services and medical preventive services are covered by state. Private medical services are offered by private institutions. Both sectors provide infrastructure services.

There is a stable information asymmetry in the medical services market: on the demand side, on the supply one and additional reasons. The first group includes such causes: complexity of measurement and standardization; absence of medical education; limited ability to obtain information from previous experience; inability of the patient to think adequately in an emergency. In the second group we can find such ones: maintaining the employment of doctors especially in the cities; insurance against unfavourable judgements in case of patients' claims; the imposition of drugs produced by leading pharmaceutical companies. And finally, the third group of causes is higher level of the shadow market, poverty of population, absence of compulsory health insurance and misdiagnosis statistics, weak protection of patients from the state, public institutions and judicial system.

There are some patterns in the development of health services' market. Among them outstripping growth in average costs of medical care as the transition from satisfying consumer demand with low income elasticity to highly elastic demand, compared with their growth in other spheres of economic activity; gradual weakening of the dependence of the completeness of satisfaction of the needs of individuals in medical services on the level of paying capacity of patients; and finally, the outstripping development of the globalizing medical infrastructure in comparison with the national markets for medical services, leading to an increase in the inconsistency of the impact of external factors on these markets. In conclusion let us note the factors that hinder the effective structural and technological restructuring of medical care in Ukraine: imperfection of the institutional environment; the contradiction between the economic institution of the family doctor and the hierarchical health care system; self-elimination of costly departmental medicine from the necessary transformations; shadow activity of narrow specialties; imperfection of medical statistics.

**Conclusions.** Market of private medical services plays a significant role in transitional economy: first of all, it is additional financing of public health, securing a competitive advantage over shadow medicine in the public sector, second, maintaining the structural and technological restructuring of medical services without an unjustified reduction in inpatient services; reducing structural unemployment;

weakening the state monopsony on the labour market of doctors; activation of innovative activities in the social sphere.

*Запорожан Л.П.<sup>1</sup>, Литвинова О.Н.<sup>1</sup>, Феш М.С.<sup>2</sup>, Мазій Н.Г.<sup>2</sup>*

## **ТАЙМ МЕНЕДЖМЕНТ В МЕДИЦИНІ**

<sup>1</sup>Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського  
МОЗ України

<sup>2</sup>Українська академія друкарства, м.Львів

**Вступ.** Непродуктивно витрачений робочий час – поширене явище як у виробничій сфері, так і у невиробничій. Чинників, які впливають на раціональне використання робочого часу чимало, причин безліч. Тут ми можемо згадати і погане самопочуття працівника, не ергономічне робоче місце, недостатня автоматизація виробничих процесів, неналежна культура спілкування тощо. Дана проблема часто спостерігається і в медичних закладах. Нераціонально використаний робочий час в медицині може призвести до погіршення якості надання медичних послуг, виникнення стресових ситуацій як у пацієнтів, так і медичних працівників.

**Мета.** Оцінити необхідність використання тайм менеджменту в медицині.

**Матеріали і методи.** На основі системного аналізу проаналізовано основні напрямки застосування тайм менеджменту в медицині.

**Результати.** Тайм менеджмент – це комплекс знань, принципів і технік, спрямований на грамотне планування власного робочого часу та підвищення ефективності діяльності працівників.

Тайм менеджмент – це набір правил, практик, навичок, інструментів і систем, спільне використання яких дозволяє більш ефективно використовувати свій час і, в перспективі, поліпшити якість життя. Основне його завдання не в тому, щоб встигати робити якнайбільше, а в тому, щоб робити найголовніше – те, що дійсно потрібно зробити.

Більшість працівників не навчені управляти своїм часом. Як же правильно його організувати лікарю? Два важливих напрями вирішення цієї проблеми - це грамотне планування власного робочого часу і раціональний розподіл обов'язків між співробітниками. Приблизно раз на місяць необхідно аналізувати, наскільки ефективно використовується власний час і час співробітників.

Для підвищення ефективності праці лікарю потрібно скласти план робочого дня. Лікар може чітко обмежити години прийому, консультацій, час, витрачений на навчання і самовдосконалення. Кожен лікар повинен дотримуватись прийнятих протоколів проведення лікувально-консультативної роботи.

Плануючи робочий день, лікарю потрібно враховувати ймовірність виникнення непередбачених ситуацій: занадто складний пацієнт, на якого буде потрібно більше часу, виробнича нарада.

План робочого дня доцільно складати щоденно, використовуючи програму на смартфоні чи паперовий варіант. Коли ми бачимо перед собою наш розклад – ми більш скрупульозно ставимося до його виконання.

Завдяки введенню в сучасну медицину електронного запису лікар точно знає, скільки пацієнтів потрібно прийняти і скільки на це піде часу.

Адміністративна робота забирає чимало часу. Тому варто при можливості делегувати її. І питання не в тому, що решта персоналу буде робити її за лікаря. Цілком ймовірно, що у молодшого медичного персоналу це завдання займе набагато менше часу, а лікар зможе зайнятися безпосередньо лікуванням пацієнтів

**Висновок.** Застосування основних принципів тайм менеджменту призведе до зростання особистої ефективності праці лікаря, до максимізації можливостей, уникнення стресів, підвищення власного потенціалу, вирішення складніших завдань.

УДК 614.2:001.73:316.65(477)

*Лехан В.М., Борвінко Е.В., Гриценко Л.О., Заярський Н.І.*

## **ПРОЦЕС РЕФОРМУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: ПОГЛЯД УПРАВЛІНЦЯ**

ДЗ Дніпропетровська медична академія МОЗ України, м.Дніпро, Україна

**Вступ.** Первинна медико-санітарна допомога (ПМСД) вважається важливою складовою системи громадського здоров'я. Її дієвість та ефективність набуває особливого значення в кризові часи, пов'язані є пандемією COVID 19. Ефективна ПМСД дозволяє своєчасно виявляти захворювання, здійснювати активний нагляд за контактними, формувати адекватний маршрут пацієнта і тим самим зменшувати вірогідність негативних наслідків різних захворювань, в тому числі COVID 19.

**Мета.** Вивчення задоволеності керівного складу закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) процесами реформування первинної (ПМСД) та підготовки до реформ вторинної медичної допомоги (ВМД).

**Матеріали та методи.** Проведено соціологічне опитування 85 висококваліфікованих управлінців щодо запровадження Програми державних гарантій (ПДГ), з яких керівники закладів ПМД складами 54%, ВМД - 46%. Середній вік опитаних  $55 \pm 9,2$  років. Статистичний аналіз здійснювався з використанням стандартних програм STATISTICA 6.1.

**Результати.** Переважна більшість опитаних (80,0 %; 95% ДІ 71 – 89 %) детально ознайомена зі змістом ПДГ. Задоволені (повністю або частково) першими результатами реформ на рівні ПМД 55,5% (95% ДІ 45 – 66 %), щодо підготовки до запровадження відповідних реформ на рівні ВМД - не задоволені або утруднилися відповісти – 63,5% (95% ДІ 53 – 74 %) респондентів, що свідчить про певну розгубленість керівників на старті даного етапу реформи. Серед прогалин цієї роботи опитані найчастіше відзначають недостатньо зрозумілий порядок та обсяги покриття витрат за рахунок ПДГ. На рівні ПМСД серед позитивних результатів реформи найбільш часто називалися:

підвищення доступності ПМД; автономізація закладів та підвищення заробітної плати медичного персоналу. До числа недоліків віднесені - низька кавітаційна ставка та недостатньо чітка окресленість гарантій. Опитані пропонують перш за все забезпечити реалістичність фінансового покриття різних пакетів ПДГ та сформувати єдину систему управління медичним обслуговуванням на регіональному рівні.

**Висновки.** Керівники ЗОЗ оцінюють перші результати реформи ПМД відносно позитивно з певними застереженнями, а стосовно перспективами перетворень у ВМД висловлюють значну стурбованість. Висловлені численні пропозиції свідчать про необхідність подальшого зміцнення ПМСД, поліпшення взаємодії ЗОЗ, органів управління та Національної служби здоров'я.

УДК 614.2:342.57

*Рингач Н.О.<sup>1</sup>, Власик Л.Й.<sup>2</sup>*

## **ПРИНЦИП ЗАЛУЧЕННЯ ГРОМАДЯН: РЕАЛІЗАЦІЯ У СФЕРІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я**

<sup>1</sup>Інститут демографії та соціальних досліджень імені М.В. Птухи НАН України

<sup>2</sup>Буковинський державний медичний університет

**Вступ.** У сучасному світі все більшого значення набуває реалізація принципу залучення громадян у всіх сферах життєдіяльності, без чого неможливо уявити здійснення належного управління (good governance) ними. За дефініцією, це двостороння взаємодія (між громадянами та органами влади або приватним сектором), яку включають в процес прийняття рішень, щоб поліпшити результати певної діяльності. Принцип залучення громадян є необхідним для покращення соціально-економічного розвитку загалом та для виконання взятих на себе зобов'язань з метою досягнення 17 глобальних Цілей Сталого Розвитку до 2030 року зокрема.

**Мета.** Визначити напрямки впровадження принципу залучення громадян у сфері надання медичної допомоги у світлі досягнення Цілі 3.

**Матеріали і методи.** Матеріали Strategic Framework for Mainstreaming Citizen Engagement in World Bank Group Operation; Порядок денний у сфері сталого розвитку до 2030 року (2015); Національна доповідь «Цілі сталого розвитку: Україна» (2017); дискусійні папери Innovations in Monitoring & Evaluating Results (UNDP, 2013) та міжнародні рекомендації з покращення результатів розвитку. Методи: бібліосемантичний, інформаційно-аналітичний, описового моделювання.

**Результати.** Серед завдань на шляху до сталого розвитку – залучення громадян до розробки, моніторингу і аналізу політики (від національного до місцевого рівня) та у окремих секторах, у т.ч. в охороні здоров'я, а також у безпосередній реалізації такої політики в межах досягнення Цілі 3 стосовно гарного здоров'я і благополуччя. Надзвичайно важливо не просто інформувати певні зацікавлені сторони, а забезпечити комунікаційне коло за рахунок

зворотного зв'язку. Підвищення обізнаності і відкритості разом із зворотнім зв'язком щодо надання послуг призводить до зростання відповідальності надавачів послуг та надійності і безпечності допомоги, врешті – досягнення кращих результатів. Існують дві обов'язкові складові: Консультації та Співробітництво, надзвичайно важливі для залучення до участі в організації та наданні медичної допомоги (patient engagement). Міжнародні рекомендації для покращення результатів розвитку можна використовувати у проекції на конкретні завдання, зокрема, для покращення профілактики хронічних неінфекційних захворювань (НІЗ). Основними результатами мають стати:

- висока обізнаність людей про можливість здорового вибору і вплив позитивних змін у способі життя;
- покращання якості як профілактичної, так і лікувальної допомоги;
- отримання інформації про ефективність дій;
- відображення «голосу» населення у розробці політики як певного закладу, так і у сфері громадського здоров'я загалом.

Зазначимо, що інформація/комунікації без зворотного зв'язку є необхідними передумовами для участі населення/пацієнтів, але не достатніми, оскільки вони не завершують дане коло. Дуже важливим є залучення населення до удосконалення профілактики (тобто на етапі ДО ТОГО, коли погіршення стану здоров'я вже примусово спонукає до звернення за медичною допомогою) шляхом використання інформаційно-комп'ютерних технологій (ІКТ). Це призводить до:

- підвищення ефективності і оперативності профілактичних послуг;
- полегшення контактів між пацієнтом і медичним працівником;
- підвищення прихильності до виконання рекомендацій;
- покращення відкритості та зорієнтованості на результат діяльності, спрямованої на мінімізацію чинників ризику;
- підсилення моніторингу та оцінки та залучення громадян;
- поліпшення двостороннього обміну інформацією між закладами ОЗ і органами управління у сфері громадського здоров'я та громадянським суспільством;
- створення доказової бази впливу ІКТ на покращання зворотного зв'язку з населенням (як з пацієнтами, так і з членами їх родин).

Україна, за даними Human Development Report 2019 віднесена до країн з високим Індексом людського розвитку (досягнутого передусім за рахунок грамотності та рівня освіти), має досить гарну доступність сучасних технологій (входить до групи з 47% наявністю у домогосподарстві комп'ютеру, 51,7% – Інтернету; рівнем зареєстрованих мобільних пристроїв 117,6 на 100 мешканців), що забезпечує гарні можливості розвитку такого механізму взаємодії.

**Висновки.** Реалізація принципу залучення громадян як взаємодії між населенням та органами влади або іншими сторонами у всіх сферах життєдіяльності вбачається надзвичайно затребуваною у сучасній Україні, особливо у світлі досягнення ЦСР. Участь пацієнтів та їх родин в організації та наданні медичної допомоги виступає необхідною умовою і запорукою удосконалення національної системи охорони здоров'я. Залучення населення до



удосконалення профілактики, в т. ч. НІЗ, з використанням сучасних ІКТ, є одним з найперспективніших механізмів покращання громадського здоров'я.

УДК 616.7-06:[612.176+612.766.2]

*Лимар Є.А., Лимар Л.Є.*

## **ПОРУШЕННЯ ФУНКЦІЇ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТА НА ТЛІ КОМОРБІДНОЇ ПАТОЛОГІЇ В УМОВАХ ХРОНІЧНОГО СТРЕСУ ТА ГІПОДИНАМІЇ : ШЛЯХИ ПРОФІЛАКТИКИ**

Тернопільський національний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського  
МОЗ України

**Вступ.** порушення функції опорно-рухового апарата в теперішній час є дуже серйозною проблемою. Її актуальність зростає, оскільки нові виклики сьогодення призводять до зростання захворюваності. Зниження рухової активності, сидячий спосіб життя призводять до надмірного навантаження на окремі ділянки хребта, що, спричиняє його деформацію та порушення функції. Крім того, ми спостерігаємо зростання коморбідної патології, зокрема, дисгормональних захворювань жіночих статевих органів (ЖСО) на тлі хронічного стресу.

**Мета.** Ми поставили мету виявити порушення функції опорно-рухового апарата у жінок репродуктивного та переклімактеричного віку в умовах хронічного стресу та гіподинамії.

**Матеріали і методи.** Обстежено 45 жінок репродуктивного віку (30-47 років) та 48 жінок переклімактеричного віку (48-55 років), які склали 2 групи. Контролем служили 30 гінекологічно здорових жінок репродуктивного віку, які працювали в умовах гіподинамії, проте займалися фізичними вправами. Пацієнтам проведено КТ. Визначали рівень ФСГ, ЛГ, пролактину, естрадіолу, прогестерону, кальцію, вітаміну D.

**Результати.** Виявлено сколіоз у 31 (68,8 %) жінок 1 групи та у 45 (93,8 %) 2 групи; кили Шморля - у 8 (17,8 %) пацієнток 1 групи та у 7 (14,6 %) пацієнток 2 групи. Суб'єктивно відмічалось оніміння ніг, періодичний біль в кульшових суглобах, ногах у 34 (75,6 %) жінок 1 групи та 45 (93,8 %) жінок 2 групи. Сколіоз виявлений у 5 (16,7 %) контрольної групи, інших проявів захворювань опорно-рухового апарата не виявлено. У 40 (80,0 %) жінок 1 групи та у 46 (95,8 %) жінок 2 групи виявлена олігоменорея. Лабораторні дослідження виявили гіпоестрогенемію та гіпопрогестеронемію у 75,6 % жінок 1 групи та у всіх жінок 2 групи. У двох третин жінок 1 групи та у третини 2 групи виявлено гіперпролактинемію. Гіпокальціємія та дефіцит вітаміну D виявлений у всіх пацієнток із суб'єктивними проявами. У всіх пацієнток виявлена остеопенія, у третини пацієнток 2 групи діагностований остеопороз. Важливо відзначити, що за допомогою до гінеколога звертались біля половини жінок репродуктивного віку, і лише 3 жінки 2 групи. Решта пацієнток вважали прояви захворювання як варіант вікової норми. Нами розроблений спеціальний комплекс фізичних вправ, фізіотерапевтичне та медикаментозне лікування та цикл санітарно-освітніх бесід з метою своєчасної діагностики супутньої патології та

профілактики порушення функції опорно-рухового апарата. Ми продовжуємо обстеження та лікування пацієток для удосконалення засобів профілактики вказаної патології.

### **Висновки.**

1. Жінки, в стані хронічного стресу та гіподинамії страждають порушеннями функції опорно-рухового апарата. Цьому сприяє зниження рівня кальцію на тлі гіпоестрогенемії.

2. Несвоєчасне звертання за допомогою свідчить про низький рівень санітарної освіти, що зумовлює потребу проведення санітарно-освітньої роботи.

3. Розроблений комплекс заходів дозволить забезпечити профілактику патології опорно-рухового апарата.

УДК 618.3-06:616.98:578.834

*Маланчин І.М., Лимар Л.Є., Мартинюк В.М.*

## **ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК ХВОРИХ НА COVID-19**

Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського  
МОЗ України

**Вступ.** Вірус SARS-CoV-2 передається від людини до людини краплинним та контактним шляхами. На сьогоднішній день немає імунітету, вакцин та ліків проти нової коронавірусної інфекції. Тому, одним із найбільш ефективних способів захисту та запобігання поширенню інфекції є фізичне дистанціювання та щоденна гігієна. Дуже мало є інформації щодо перебігу вагітності у пацієток з підтвердженим діагнозом Covid-19.

**Метою** нашої роботи було проаналізувати характер ускладнень, які виникли під час вагітності, у жінок з Covid-19.

**Матеріали і методи.** Під спостереженням перебували 17 вагітних, які знаходилися на стаціонарному лікуванні у Тернопільському перинатальному центрі "Мати і дитина". У всіх обстежених жінок було підтверджено діагноз Covid-19 за допомогою тестів ПЛР та ІФА, аналізу крові, КТ грудної клітки та комплексної оцінки симптомів хвороби. Вік пацієток коливався від 18 до 37 років, що відповідає найбільш активному періоду репродуктивної функції жінки. Термін вагітності у жінок був від 7 тижнів до 34 тижня. У першому триместрі вагітності було 8 пацієток, у другому триместрі – 6, у третьому – троє осіб. Результати. Загалом, у вагітних спостерігаються імунологічні та фізіологічні зміни, які роблять їх більш сприйнятливими до вірусних респіраторних інфекцій, включаючи потенційно небезпечний COVID-19. У 11 (64,7%) вагітних були виявлені типові для коронавірусу симптоми: лихоманка, слабкість, біль у м'язах, кашель, нежить. В чотирьох жінок (23,5%) діагностовано пневмонію, у двох пацієток (11,7%) перебіг хвороби був безсимптомним, окрім втрати смаку чи нюху. Всі вагітні отримували лікування згідно рекомендацій МОЗ України.

У 7 (41,8%) жінок відбувся самовільний викидень у першому і другому триместрах вагітності. У двох (11,7%) вагітних були передчасні пологи, а одна пацієнтка (5,9%) мала термінові пологи. Решта сім (41,8%) жінок одужали та продовжують виношувати плід. Аналіз перебігу пологів показав зростання частоти передчасних пологів у жінок з тяжчим перебігом захворювання. Серед ускладнень перебігу вагітності були такі: синдром затримки росту плода, плацентарна дисфункція, маловоддя, багатоводдя.

**Висновки.** Згідно з отриманими даними, вагітні з захворюваннями на COVID-19, мають однакові клінічні симптоми, як і невагітні дорослі пацієнти. Вірус SARS-CoV-2 є потенційно небезпечним для вагітних і може спричинити ускладнення перебігу вагітності, такі як невиношування, синдром затримки росту плода, преєклампсія, тощо. Пацієнтки з безсимптомним та легким перебігом захворювання мають менше ускладнень під час вагітності. Необхідно проводити ретельне спостереження за жінками з даною патологією та проводити щоденний моніторинг стану плода, а саме аускультацию, актографію, кардіотокографію, доплерометрію, біофізичний профіль плода, ультразвукове обстеження.

УДК 618.175-06:612.176

*Лимар Л.Є.<sup>1</sup>, Маланчин І.М.<sup>1</sup>, Лимар Н.А.<sup>2</sup>*

## **ПОРУШЕННЯ МЕНСТРУАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ У ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ В УМОВАХ СТРЕСУ: ШЛЯХИ ВИРІШЕННЯ**

<sup>1</sup>Тернопільський національний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського  
МОЗ України,

<sup>2</sup>КНП «ТОКПЦ «Мати і дитина» ГОР

**Вступ.** Дисгормональні порушення функції жіночих статевих органів впродовж багатьох десятиліть турбують науковців і практичних лікарів. Сьогодення приносить нові виклики. Тому ця проблема залишається актуальною і потребує вирішення, оскільки призводить до втрати працездатності, погіршення якості життя, безпліддя. На сьогоднішній день ми спостерігаємо зростання коморбідної патології. Дисгормональні захворювання жіночих статевих органів (ЖСО) поєднуються із патологією щитоподібної залози, гіпофіза, органів травлення, що усугубляє перебіг гінекологічного захворювання. Нас хвилює зростання порушення менструальної функції (ПМФ) у жінок репродуктивного віку.

**Мета.** Наше дослідження було спрямоване на виявлення ПМФ на тлі коморбідної патології у жінок репродуктивного віку в умовах хронічного стресу.

**Матеріали і методи.** За допомогою спеціально розробленої анкети нами проведено анкетування у ВУЗах Тернополя та пацієнток з ПМФ. Обстежено 765 студенток віком 18-25 років. Проведено визначення гормонального статусу: ФСГ, ЛГ, естрадіолу, прогестерону в 1 та 2 фази менструального циклу, пролактину та кортизолу у 76 пацієнток.

**Результати.** У 379 (56,1 %) студенток виявлено ПМФ, а саме, дисменорею, олігоменорею аномальні маткові кровотечі (АМК) на тлі хронічного стресу. Патологія органів травної системи спостерігається у 242 (63,9 %) жінок з ПМФ. Гормональні дослідження проведені у 76 пацієнток, що склало 20,0 % від усіх жінок з ПМФ. Виявлено гіперпролактинемію у 49 жінок (64,1 %). Причому, у 32 (65,3 %) жінок з гіперпролактинемією рівень естрадіолу та прогестерону був у нормі, проте спостерігались ПМФ. Слід зауважити, що ПМФ спостерігалась на тлі загострення патології органів травної системи у 58 (76,3 %) обстежених жінок. Важливо відзначити, що лише 20,0 % жінок з ПМФ звернулись за допомогою до лікарів. Нами проведена санітарно-освітня робота (бесіди, спеціально розроблені листівки) з вказаним контингентом жінок. В даний час продовжується обстеження та лікування пацієнток, які звернулися до нас за допомогою. Планується залучення гуртківців до проведення санітарно-освітньої роботи серед жінок.

#### **Висновки.**

1. На тлі хронічного стресу виникають ПМФ (дисменорея, олігоменорея, АМК). У 64,2 % жінок спостерігається гіперпролактинемія.

2. Поєднання ПМФ з патологією органів травної системи спостерігається у 63,9 % жінок, причому, прояви ПМФ у 76,3 % виникають на тлі загострення коморбідної патології.

3. Виявлений низький відсоток звертання за допомогою вказує на недостатній рівень санітарної освіти і культури жінок репродуктивного віку, що зумовлює необхідність проведення санітарно-освітньої роботи серед населення.

УДК 618.17-084

*Мартинюк В.М., Маланчук Л.М., Маланчин І.М.*

### **САНІТАРНО-ПРОСВІТНЯ РОБОТА МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ У ПРОФІЛАКТИЦІ ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ РЕПРОДУКТИВНОЇ СИСТЕМИ**

Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського  
МОЗ України

**Вступ.** Збереження репродуктивного потенціалу нації є важливою складовою демографічної політики України. Сьогодні спостерігається значне підвищення частоти дисгормональних захворювань серед жінок в економічно розвинених країнах світу. На жаль, і в Україні ця проблема виходить на друге місце у структурі гінекологічної захворюваності, поступаючись лише запальним захворюванням.

**Мета:** удосконалити санітарно-просвітницьку роботу медичного персоналу для профілактики гінекологічних захворювань.

**Результати.** Особлива роль медичних працівників в профілактиці захворювань органів репродуктивної системи пов'язана перш за все з їх тісним контактом із пацієнтками у різних сферах та рівнях медичної допомоги. Одним з найважливіших завдань медичного персоналу є мотивація жінок уважно ставитись до себе та свого здоров'я. Санітарно-просвітня робота має на меті

пропаганду здорового способу життя. У цьому будуть допомагати різні засоби медіа: радіо, телебачення, преса. З метою навчання жінок широко слід використовувати наочну агітацію у вигляді інформаційних листів сан просвітних бюлетенів, таблиць, прозірок, тощо. Незважаючи на поліетиологічність природи проліферативних процесів у жіночому організмі, результати багатьох клінічних досліджень свідчать про те, що головним порушенням при цих захворюваннях є гормональний дисбаланс, що супроводжується гіперестрогенією. Встановлено залежність появи дисгормональних захворювань від якості харчування: не варто захоплюватися жирами тваринного походження, смаженими і копченими продуктами, кавою та солодощами. У щоденний раціон необхідно включати продукти, екологічно чисті, багаті вітамінами, зокрема, бета-каротином і вітаміном С. Першорядне значення в розвитку патології молочних залоз має спадковий фактор, головним чином наявність доброякісних і злоякісних захворювань у родичок по материнській лінії.

**Висновок.** Таким чином, організація заходів, спрямованих на поліпшення діагностики, профілактики та лікування жінок активного фертильного віку із захворюваннями органів репродуктивної системи, залишається актуальною проблемою, що потребує вирішення на державному рівні.

УДК 61.614.2

*Борак О.В.*

## **ПРАВОВІ ТА ЕТИЧНІ ЗАСАДИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я** Кременецький медичний фаховий коледж імені Арсена Річинського

**Вступ:** Галузь охорони здоров'я є одною із найважливіших та тісно зв'язана з життєдіяльністю людини та суспільства в цілому. На нашу країну покладено неабиякий обов'язок створити належні умови для забезпечення необхідного рівня охорони здоров'я, які будуть спрямовані на втілення громадського здоров'я.

**Мета:** Аналіз правових та етичних засад громадського здоров'я.

**Матеріали і методи.** Отже, для розкриття об'єктивності та обґрунтованості наукових досліджень та висновків, під час проведення дослідження використовували сукупність спеціальних та загальнонаукових методів, таких, як: формально-юридичний метод застосовували для підведення аналізу правових та етичних засад громадського здоров'я; за допомогою порівняльно-правового методу висвітлено підходи національного законодавства та міжнародних стандартів до етичного компонента громадського здоров'я, зокрема етична складова у правовому керуванні роботою лікарів, фахівців фармації, захисті пацієнтів, проведенні медичних досліджень та клінічних випробувань; історико-правовий метод розкриває особливість росту правових та етичних засад громадського здоров'я; метод моделювання і прогнозування використовували для розроблення практичних рекомендацій стосовно значення аналізу правових та етичних засад громадського здоров'я в ході реформи системи охорони здоров'я України та

втілення Угоди про асоціацію між Європейським Союзом і Україною; метод системного аналізу дозволив дослідити правові та етичні засади громадського здоров'я як компонент системи охорони здоров'я України.

**Результати.** Ефективність правової перевірки громадського здоров'я безпосередньо залежить від відповідності даних норм права, засадам моралі та етики. Правовою та етичною роботою лікаря є безмежна повага до життя людини, зберігання та відновлення психічного та фізичного стану здоров'я пацієнта. Етичні та правові норми у сфері громадського здоров'я поданні і в рекомендаційних документах, присвячених захисту прав пацієнтів.

**Висновки.** Стан національного законодавства і міжнародних стандартів у роботі громадського здоров'я об'єднують правові та етичні засади при керуванні діяльністю лікарів, фахівців фармації, захисті пацієнтів та проведенні досліджень і клінічних випробувань. Результативність та найвищий рівень потрібний для забезпечення громадського здоров'я, неподільно пов'язані у реформуванні системи охорони здоров'я України належно до міжнародних стандартів, які об'єднують етичну складову.

УДК 615:61:378:37.091.313

*Кадобний Т.Б., Калинюк Н.М.*

## **ПРИРОДНО-ПРАВОВИЙ І ПОЗИТИВІСТСЬКИЙ ПІДХОДИ ДО РОЗУМІННЯ ПРАВА ЛЮДИНИ НА ЖИТТЯ**

Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського  
МОЗ України

**Вступ.** сучасному суспільстві, що розвивається в умовах глобалізації, використання інформаційних технологій, пріоритетним напрямом в освіті є її якість. Цей критерій є одним з основних орієнтирів при визначенні авторитетності та конкурентноспроможності вищих закладів освіти. Це ж стосується проблематики ефективності сучасної системи підготовки майбутніх медичних фахівців, в тому числі й на засадах міждисциплінарної інтеграції.

**Мета.** Розкрити природно-правовий і позитивістський підходи до розуміння права людини на життя.

**Матеріали і методи.** Для реалізації поставленої мети застосовано такий комплекс методів: теоретичного аналізу, порівняння, обґрунтування, узагальнення, систематизації теоретичного та практичного матеріалу з питань підготовки майбутніх фахівців медичної галузі на засадах міждисциплінарної інтеграції; формулювання і систематизації висновків.

**Результати.** В історії суспільної думки і в юридичній літературі дискутуються два основні підходи до правового розуміння природи і суті прав людини: природно-правової та позитивно-правової.

До появи природно-правових ідей панували етатистські погляди, які орієнтували індивіда на підпорядкування державі як вищої сили, наділеною правом розпоряджатися долями людей на свій розсуд.

Паралельно з етатистськими поглядами з'явилася християнсько-релігійна ідея, згідно з якою права людини «були визначено Творцем при створенні

світу», і тому не можна говорити, що їх «дарують» будь-які інститути – держави або міжнародні організації. Продовженням християнських поглядів на права індивіда стали природно-правові ідеї світських мислителів, які зберегли свою прогресивну роль до сьогоднішнього дня.

Вони виходили з того, що першочерговим джерелом прав людини служить сама його біосоціальна природа, а вони, відповідно, виступають в якості природжених і невідчужуваних, а не дарованих (символічно) правителями. Ці права, вважали вони, мають пріоритет перед законом. Державні акти не можуть суперечити принципам природного природженого права. Мета державної влади – забезпечення прав, спочатку даних природою або творцем. Природно-правова концепція акцентує увагу на автономії особистості, її індивідуальності.

Т. Гоббс писав: «Природне право ... є свобода кожної людини використовувати свої власні сили на свій розсуд для збереження своєї власної природи, тобто власного життя, і, отже, свобода робити все те, що за її власним розумінням є найбільш підходящим для цього засобом».

У сучасній інтерпретації природне право – це «правила (норми, міра) поведінки, що впливають з вільної волі як природного стану людини і які повинні служити мірилом і керівництвом для позитивного законодавства, зразком його удосконалення».

Таким чином, згідно з першим, природно-правовим підходом – права людини – це її природні природжені властивості і можливості, які, з одного боку, не залежать від їх визнання державою, а з іншого – що гарантуються і охороняються державою як вимоги та принципи, зумовлені природою людини.

Такий підхід став революційним поворотом в суспільній свідомості: індивід, раніше цілком підлеглий державі і залежний від неї, набуває автономію, право на невтручання держави в сферу свободи людини, окреслену правом, і отримує гарантії державного захисту в разі порушення його прав і свобод.

Природно-правова концепція, хоча й зіграла і як і раніше відіграє величезну роль в ідеологічному обґрунтуванні прав людини, не була єдиною і переважаючою в визначенні взаємин людини і держави. Їй протистояв і значною мірою продовжує протистояти позитивістський підхід до природи прав людини і взаємовідносин держави і особистості: І. Бентам (1748-1832), Д.С. Мілль (1806-1873). Протистояння цих позицій налічує сторіччя.

Згідно з позитивістським підходом, права людини, їх обсяг і зміст визначаються державою, яка «дарує» їх людині, здійснюючи по відношенню до неї патерналістські функції. Англійський філософ І. Бентам, затятий противник природних прав і захисник позитивного права, вважав, що «правомочності – це дитя закону; зі справжніх законів виникають справжні правомочності, з уявних "природних законів" – тільки уявні права ... Природні права – це просто нісенітниця, природні і невідчужувані права – за американським висловом, риторична безглуздість, нонсенс на ходулях». І. Бентам увійшов в історію політичної думки як один з найбільш рішучих і непримиренних противників природно-правових поглядів.

**Висновки.** Протистояння природно-правового і позитивістського підходів до прав людини певною мірою усунула конституційна практика

розвинених держав, закріпивши в конституціях основні права і свободи, а також норми, що виключають придушення і насильство держави по відношенню до людини, відстоюючи автономію і пріоритет його прав по відношенню до державі. Ця обставина згладжує протистояння і крайність зазначених підходів, яке призводило до незахищеності природних прав людини поза державним закріпленням.

Слабкі місця природно-правової концепції пов'язані, перш за все, з нечіткістю змістовних критеріїв права і відсутністю строгого розмежування між правом і мораллю. Ставлячи завдання пошуку об'єктивних підстав права, природно-правової теорія часто підміняє їх суб'єктивними уявленнями або інтересами окремих соціальних груп. Індивідуальне почуття справедливості не може служити орієнтиром при визначенні змісту природного права, оскільки спрацьовує у різних людей неоднаковим чином.

Юридичний позитивізм виходить насамперед з об'єктивною форми громадянського права. Вихідним моментом права, в тому числі цивільного, він вважає наявність офіційного закріплення. Держава розглядається як сили, що створює право на основі політичної або економічної доцільності. Основним недоліком юридичної позитивізму є те, що він приділяє мало уваги питанням про зміст правових норм.



## ЗМІСТ

<b>НАУКОВЕ ПІДґРУНТЯ ДЛЯ ФОРМУВАННЯ СТРАТЕГІЧНИХ РІШЕНЬ В ГАЛУЗІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я. ОСВІТНЯ ДІЯЛЬНІСТЬ В СФЕРІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я ТА ПІДГОТОВКА ФАХІВЦІВ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я</b>	<b>3</b>
<b>Грузєва Т.С.</b> ПРІОРИТЕТИ ТА МЕТОДИЧНІ АСПЕКТИ ОСВІТНЬОЇ ПРОГРАМИ З ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я ДЛЯ МАГІСТРІВ МЕДИЦИНИ.....	3
<b>Гречишкіна Н.В., Грузєва Т.С.</b> ОСВІТНЬО-ПРОФЕСІЙНІ ПРОГРАМИ ПІДГОТОВКИ БАКАЛАВРІВ ТА МАГІСТРІВ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я.....	5
<b>Сатурська Г.С., Шишацька І.М., Коллінс Д.М.</b> РОЛЬ ЦЕНТРІВ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я У РОЗВИТКУ ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ.....	6
<b>Брезицька Д.М.</b> ОГЛЯД ОСНОВНИХ МЕТОДІВ УТИЛІЗАЦІЇ МЕДИЧНИХ ВІДХОДІВ...	7
<b>Романюк Л.М., Романюк Н.Є., Скобляк П.І.</b> РОЛЬ ДЕРЖАВНИХ ІНСТИТУЦІЙ У КОНТРОЛІ ЕПІДЕМІЧНОЇ СИТУАЦІЇ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ COVID-19.....	8
<b>Іншакова Г.В., Грузєва Т.С.</b> СУЧАСНІ АСПЕКТИ НАВЧАННЯ БІОСТАТИСТИКИ В КУРСІ ВИВЧЕННЯ СОЦІАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ ТА ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я.....	10
<b>Панчишин Н.Я., Галицька-Хархаліс О.Я., Смірнова В.Л.</b> ГЛОБАЛЬНИЙ ТЯГАР ХВОРОБ ЯК ІНТЕГРАЛЬНИЙ ІНДИКАТОР ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ.....	11
<b>Галієнко Л.І.</b> СУЧАСНІ НАПРЯМИ ВДОСКОНАЛЕННЯ ПРОФІЛАКТИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ЛІКАРІВ ПЕРВИННОГО РІВНЯ.....	13
<b>Дячук М.Д., Грузєва Т.С., Іншакова Г.В.</b> ПРІОРИТЕТНІ ПОТРЕБИ ЛЮДЕЙ СТАРШИХ ВІКОВИХ ГРУП В ПОСЛУГАХ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я.....	16
<b>Романюк Н.Є., Романюк Л.М., Рябоконт С.С., Благуляк Т.В.</b> МІЖДИСЦИПЛІНАРНА І МІЖСЕКТОРАЛЬНА СПІВПРАЦЯ У ГАЛУЗІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я.....	17
<b>Галицька-Хархаліс О.Я., Панчишин Н.Я., Смірнова В.Л.</b> ЗБЕРЕЖЕННЯ І ЗМІЦНЕННЯ ЗДОРОВ'Я – ОДНЕ З ГЛОБАЛЬНИХ ЗАВДАНЬ ЛЮДСТВА.....	19
<b>Федик<sup>1</sup> С.П., Волотовська<sup>2</sup> Н.В.</b> РИЗИКИ ОНЛАЙН-НАВЧАННЯ – НАГАЛЬНИЙ СИГНАЛ SOS ДО СУСПІЛЬСТВА.....	21
<b>Hulchij O., Zakharova N., Balashov K.</b> CRISIS COMMUNICATION IN UKRAINE: RESOURCES AND OPPORTUNITIES.....	22

<b>КОНЦЕПЦІЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ І ПРОМОЦІЯ ЗДОРОВ'Я. ІНФЕКЦІЙНІ ТА НЕІНФЕКЦІЙНІ ЗАХВОРИВАННЯ ТА ЇХ ВПЛИВ НА СТАН ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ</b>	<b>24</b>
<b>Грузєва Т.С., Замкевич В.Б.</b> ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ У СТУДЕНТСЬКОМУ СЕРЕДОВИЩІ.....	24
<b>Грузєв В.В.</b> ПРІОРИТЕТНІ ПРОФІЛАКТИЧНІ СТРАТЕГІЇ В ГРОМАДСЬКОМУ ЗДОРОВ'І.....	25
<b>Федонюк Л.Я., Лесняк-Мочук К., Ярема О.М., Мочук Є.</b> ВПЛИВ ФАКТОРІВ НАВКОЛИШНЬОГО СЕРЕДОВИЩА, ХАРЧУВАННЯ ТА ГЕНЕТИЧНИХ ФАКТОРІВ НА ЯКІСТЬ І ТРИВАЛІСТЬ ЖИТТЯ ЛЮДИНИ.....	26
<b>Волошин О.С.</b> ФОРМУВАННЯ ПРИНЦИПІВ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ В ОСІБ ЮНАЦЬКОГО ВІКУ.....	27
<b>Готюр О.І.</b> КОНЦЕПЦІЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ І ПРОМОЦІЯ ЗДОРОВ'Я	29
<b>Драпчак М.</b> ІНФЕКЦІЙНІ ТА НЕІНФЕКЦІЙНІ ЗАХВОРИВАННЯ ТА ЇХ ВПЛИВ НА СТАН ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ.....	30
<b>Подрігало Л.В., Сокол К.М., Подрігало О.О.</b> ГЕЙМІФІКАЦІЯ СПОСОБУ ЖИТТЯ ТА ЇЇ ЗНАЧЕННЯ У ГРОМАДСЬКОМУ ЗДОРОВ'І.....	32
<b>Бойчук А.В., Верещагіна Т.В., Коптюх В.І., Шадріна В.С., Хлібовська О.І</b> РОЛЬ ВІРУСІВ ПРИ ГІПЕРПЛАСТИЧНИХ ПРОЦЕСАХ ЕНДОМЕТРІЯ: ІНФЕКЦІЙНИЙ АГЕНТ ЧИ «ПАСАЖИР»?.....	35
<b>Федик С.П., Лукашук-Федик С.В.</b> ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК СКЛАДОВИХ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ ТА РІВНЯ ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ.....	37
<b>Теренда Н.О., Гандзюк Н.М.</b> ОНКОГІНЕКОЛОГІЧНА ПАТОЛОГІЯ В УКРАЇНІ: ПОШИРЕНІСТЬ ТА СТРУКТУРА.....	39
<b>Теренда Н.О., Фарійон Н.Я., Теренда О.А.</b> АСПЕКТИ ПОШИРЕНОСТІ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНИХ ЗАХВОРИВАНЬ В УКРАЇНІ.....	40
<b>Салій З.В., Шкробот С.І., Салій М.І.</b> ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ОЦІНКИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ У ВІДДАЛЕНОМУ ПЕРІОДІ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ.....	42
<b>Павлів Т.Б.</b> СИНДРОМ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ ПРАЦІВНИКІВ СФЕРИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я (КОРОТКИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ).....	43
<b>Теренда Н.О., Стецюк І.О., Тодуров М.Б., Стецюк Л.Р.</b> ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ КАРДІОХІРУРГІЧНИХ ПАЦІЄНТІВ, ЯКИМ ВИКОНАНІ МІНІПІНВАЗИВНІ ДОСТУПИ.....	46

**ГЛОБАЛЬНІ ВИКЛИКИ ДЛЯ ЗДОРОВ'Я. ЕКОНОМІКА ЗДОРОВ'Я  
ТА ПРИНЦИПИ СТАЛОГО РОЗВИТКУ СУСПІЛЬСТВА. ПРАВОВІ  
ТА ЕТИЧНІ ЗАСАДИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я**

**48**

**Ліштаба Л.В.**

АЛГОРИТМ ЗАСТОСУВАННЯ АПАРАТУ ІНТЕРВАЛЬНОГО АНАЛІЗУ  
ДЛЯ ПРИЙНЯТТЯ РІШЕНЬ ЩОДО ПРОФЕСІЙНОЇ  
КОМПЕТЕНТНОСТІ МЕНЕДЖЕРІВ..... 48

**Марценюк В.П., Сверстюк А.С., Багрій-Заяць О.А.**

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ МАТЕМАТИЧНИХ МОДЕЛЕЙ  
КІБЕРФІЗИЧНИХ СИСТЕМ МЕДИКО-БІОЛОГІЧНИХ ПРОЦЕСІВ..... 50

**Tetyana Kaminska, Nataliya Martynenko**

MARKET OF MEDICAL SERVICES IN UKRAINE: PROCESS OF  
FORMATION AND REGULARITIES OF ITS DEVELOPMENT..... 51

**Запорожан Л.П., Литвинова О.Н., Феш М.С., Мазій Н.Г.**

ТАЙМ МЕНЕДЖМЕНТ В МЕДИЦИНІ..... 53

**Лехан В.М., Борвінко Е.В., Гриценко Л.О., Заярський Н.І.**

ПРОЦЕС РЕФОРМУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я: ПОГЛЯД  
УПРАВЛІНЦЯ..... 54

**Рингач Н.О., Власик Л.Й.**

ПРИНЦИП ЗАЛУЧЕННЯ ГРОМАДЯН: РЕАЛІЗАЦІЯ У СФЕРІ  
ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я..... 55

**Лимар Є.А., Лимар Л.Є.**

ПОРУШЕННЯ ФУНКЦІЇ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТА НА ТЛІ  
КОМОРБІДНОЇ ПАТОЛОГІЇ В УМОВАХ ХРОНІЧНОГО СТРЕСУ ТА  
ГІПОДИНАМІЇ : ШЛЯХИ ПРОФІЛАКТИКИ..... 57

**Маланчин М., Лимар Л.Є., Мартинюк В.М.**

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК ХВОРИХ НА  
COVID-19..... 58

**Лимар Л.Є., Маланчин І.М., Лимар Н.А.**

ПОРУШЕННЯ МЕНСТРУАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ У ЖІНОК  
РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ В УМОВАХ СТРЕСУ: ШЛЯХИ  
ВИРІШЕННЯ..... 59

**Мартинюк В.М., Маланчук Л.М., Маланчин І.М.**

САНІТАРНО-ПРОСВІТНЯ РОБОТА МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ У  
ПРОФІЛАКТИЦІ ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ РЕПРОДУКТИВНОЇ  
СИСТЕМИ..... 60

**Борак О.В.**

ПРАВОВІ ТА ЕТИЧНІ ЗАСАДИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я..... 61

**Кадобний Т.Б., Калинюк Н.М.**

ПРИРОДНО-ПРАВОВИЙ І ПОЗИТИВІСТСЬКИЙ ПІДХОДИ ДО  
РОЗУМІННЯ ПРАВА ЛЮДИНИ НА ЖИТТЯ ..... 62