

ЗАСНОВНИКИ

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

Головний редактор – Миронюк І.С.
Заступник головного редактора – Слабкий Г.О.
Відповідальні редактори – Брич В.В., Ситенко О.Р.
Секретаріат – Белікова І.В. (Полтава), Бутенко І.В. (Київ), Гуцол І.Я. (Ужгород),
Білак-Лук'янчук В.Й. (Ужгород), Кабацій Н.О. (Ужгород), Левко Л.В. (Ужгород)
Інформаційний супровід та підтримка – Кривенко Є.М.

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Афанасьєв С.М. Васильєв К.К. Вежновець Т.А. Горачук В.В.	Грузєва Т.С. Децик О.З. Ковальова О.М. Короп О.А.	Лехан В.М. Любінець О.В. Матюха Л.Ф. Медведовська Н.В.	Овоц А. Одинець Т.С. Рачкевич Д. Сигіт К.	Сміянов В.А. Урбаніак М. Шатило В.Й. Юсунов Ш.А.
-------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------

РЕДАКЦІЙНА РАДА

Алипова О.Є. (Запоріжжя, Україна), Беловічкова М. (Братислава, Словаччина), Ванцак П. (Братислава, Словаччина),
Гойда Н.Г. (Київ, Україна), Голованова І.А. (Полтава, Україна), Голубчиков М.В. (Київ, Україна), Жарова І.О. (Київ, Україна),
Жилка Н.Я. (Київ, Україна), Клименко В.І. (Запоріжжя, Україна), Лашкул З.В. (Запоріжжя, Україна),
Лемко І.С. (Ужгород, Україна), Михалюк Є.Л. (Запоріжжя, Україна), Моїсєнко Р.О. (Київ, Україна),
Нагорна А.М. (Київ, Україна), Ніканоров О.К. (Київ, Україна), Огнев В.А. (Харків, Україна), Парій В.Д. (Київ, Україна),
Рогач І.М. (Ужгород, Україна), Толстанов О.К. (Київ, Україна), Чепелевська Л.А. (Київ, Україна)

Журнал включено до категорії «Б» Переліку наукових фахових видань України за медичними спеціальностями – 222, 223, 227, 229
(наказ Міністерства освіти і науки України від 02.07.2020 р. № 886).

Видання індексується BASE (Bielefeld Academic Search Engine), CrossRef, Google Scholar та «Україніка наукова».

Вебсайт журналу:
healty-nation.uzhnu.edu.ua

Рекомендовано до друку Вченою радою ДВНЗ «Ужгородський національний університет»
Протокол № 3 від 31.03.2022 р.

Адреса редакції: пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна
Свідоцтво про державну реєстрацію КВ № 21116-10916ПП від 24.12.2014 р.
Підписано до друку 1 квітня 2022 р. Загальний наклад 100 прим. Зам. № 4125

Видавець:
Державний вищий навчальний заклад «Ужгородський національний університет»
Адреса: пл. Народна, 3, м. Ужгород, 88000, Україна

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

Надруковано у МВЦ «Медінформ»
03179, м. Київ, вул. Котельникова, 95, тел./факс (044) 501-35-69
Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до Державного реєстру видавців,
виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції ДК № 1194 від 15.01.2003 р.

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

FOUNDERS

Public Establishment “Ukrainian Institute of Scientific Research of Ministry of Health of Ukraine”
Higher State Educational Establishment of Ukraine “Ukrainian Medical Dental Academy”
State University “Uzhhorod National University”

Chief Editor – Myronyuk I.S.

Deputy Chief Editor – Slabkiy G.O.

Executive Editors – Brych V.V., Sytenko O.R.

Secretariat – Belikova I.V. (Poltava), Butenko I.V. (Kyiv), Hutsol I.Ya. (Uzhhorod),
Bilak-Lukianchuk V.Y. (Uzhhorod), Kabatsiy N.O. (Uzhhorod), Levko L.V. (Uzhhorod)

Informational support, design and layout – Kryvenko Ye.M.

EDITORIAL COLLEGIUM

Afanasiev S.M.
Vasyliiev K.K.
Vezhnovets T.A.
Gorachyuk V.V.

Gruzieva T.S.
Detsyk O.Z.
Kovaliova O.M.
Korop O.A.

Lekhan V.M.
Liubinetz O.V.
Matiukha L.F.
Medvedovska N.V.

Ovoc A.
Odynets T.E.
Rachkevich D.
Sygit K.

Smiianov V.A.
Urbaniak M.
Shatylo V.Y.
Yusupov Sh.A.

EDITORIAL BOARD

Alypova O.E. (Zaporizhzhya, Ukraine), **Belovicova M.** (Bratislava, Slovakia), **Vansac P.** (Bratislava, Slovakia), **Hoida N.G.** (Kyiv, Ukraine),
Golovanova I.A. (Poltava, Ukraine), **Golubchikov M.V.** (Kyiv, Ukraine), **Zharova I.E.** (Kyiv, Ukraine), **Zhylka N.Ya.** (Kyiv, Ukraine),
Klymenko V.I. (Zaporizhzhya, Ukraine), **Lashkul Z.V.** (Zaporizhzhya, Ukraine), **Lemko I.S.** (Uzhhorod, Ukraine),
Mykhaliuk Ye.L. (Zaporizhzhya, Ukraine), **Moiseenko R.O.** (Kyiv, Ukraine), **Nahorna A.M.** (Kyiv, Ukraine),
Nikanorov A.K. (Kyiv, Ukraine), **Ohniev V.A.** (Kharkiv, Ukraine), **Pariy V.D.** (Kyiv, Ukraine), **Rogach I.M.** (Uzhhorod, Ukraine),
Tolstanov O.K. (Kyiv, Ukraine), **Chepelevska L.A.** (Kyiv, Ukraine)

The journal is included in category “B” of the List of scientific professional publications of Ukraine by medical specialties – 222, 223, 227, 229
(Decree of the Ministry of education and science of Ukraine from 02.07.2020 № 886).

The publication is indexed by BASE (Bielefeld Academic Search Engine), CrossRef, Google Scholar and “Ukrainika scientific”.

Web-site:

healty-nation.uzhnu.edu.ua

It is recommended for print by the Academic Council of the SU “Uzhhorod National University”
Protocol № 3 of 31.03.2022

Address of the Publisher: lane Volgo-Donskiy, 3, Kyiv, 02099, Ukraine
Certificate of State registration KB № 21116-10916PR from 24.12.2014

Signed for publication on April 1, 2022. The total circulation is 100 copies. Order № 4125

Editor:

State University “Uzhhorod National University”
Address: Narodna Square, 3, Uzhhorod, 88000, Ukraine

Publisher:

“SEA NP “Kolomitsyn V.Yu.”
Certificate of State registration B02 № 257914 from 09.12.2002

Printed in MEC “Medinform”

03179, Kyiv, Kotelnikova str., 95, tel./fax: +380 44 501-35-69

Certificate of registering the subject of publishing in the State Register of publishers,
manufacturers and distributors of published products DK № 1194 from 15.01.2003

All the articles are peer-reviewed. The authors are responsible for the accuracy of the facts and other information in publications.
Full or partial reproduction in any way of the material published in this Edition, is possible only with the written permission of the Publisher.

ЗМІСТ

Актуальна тема

<i>Martin McKee, Adrianna Murphy</i> Росія знову вторгається в Україну: як може реагувати медична спільнота?	5
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---

Громадське здоров'я

<i>Качмарська М.О., Любінець О.В.</i> Стосовно оцінки рівня громадського здоров'я в Україні та її регіонах	7
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---

<i>Харченко Н.В.</i> Контекст громадського здоров'я	17
--------------------------------------------------------------	----

<i>Лепканич А.О., Миронюк І.С.</i> Оцінка рівня залученості до інтернету студентської молоді в період карантинних обмежень, пов'язаних з пандемією COVID-19	22
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

<i>Скиба О.О., Корнус О.Г., Тонкопей Ю.Л., Корнус А.О.</i> Державна політика в сфері громадського здоров'я в період пандемії COVID-19 як фактор сталого соціально-економічного розвитку	27
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

<i>Peter Vansač</i> Harmonical development of child (student) personality according to J.A. Komensky	34
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

<i>Качур О.Ю.</i> Задачі системи громадського здоров'я по формуванню у населення відповідального ставлення до особистого здоров'я	37
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

<i>Шафранський В.В.</i> Оцінка організаторами охорони здоров'я потреби в розвитку системи громадського здоров'я	42
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

<i>Дуткевич-Іванська Ю.В., Русин Л.П., Сабадош М.В.</i> Особливості фізичного розвитку дітей молодшого шкільного віку	46
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

<i>Русин Л.П., Дуткевич-Іванська Ю.В., Сабадош М.В.</i> Деякі аспекти репродуктивного здоров'я сучасних підлітків	51
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

Організація і управління охороною здоров'я

<i>Краснова О.І., Голованова І.А., Плужнікова Т.В., Ляхова Н.О., Мартиненко Н.В., Краснов О.Г.</i> Аналіз показників роботи медико-санітарної частини військового навчального закладу	55
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

<i>Брич В.В.</i> Можливості організації профілактики наслідків травм та хвороб кістково-м'язової системи на рівні громади	60
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

<i>Круть А.Г.</i> Стан здоров'я порожнини рота населення за зверненнями до закладів третинної медичної допомоги стоматологічного профілю	66
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

<i>Мельник С.В., Горзов Л.Ф., Мельник В.С.</i> Частота захворюваності медичних працівників стоматологічного профілю	73
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

<i>Слабкий Г.О., Миронюк І.С., Дудник С.В.</i> Сучасні підходи до збереження здоров'я дітей у віці до п'яти років життя	79
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

<i>Пішкової А.М.М.</i> До питання забезпечення стоматологічного здоров'я дитячого населення гірської географічної зони проживання	84
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

<i>Керецман А.О.</i> Основні фактори впливу на професійну мотивацію лікарів у Закарпатській області	88
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

Медсестринство

<i>Слабкий Г.О.</i> Роль сімейної медичної сестри у формуванні у населення здорового способу життя	92
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

Фізична реабілітація, фізична терапія, ерготерапія

<i>Філак Я.Ф., Філак Ф.Г.</i> Санаторна реабілітація хворих з патологією травної системи та остеохондрозом хребта ускладненого протрузіями	97
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

<i>Дуб М.М.</i> Забезпечення у реабілітації осіб допоміжними пристосуваннями та технічними засобами в Закарпатській області	102
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

Наука – практиці охорони здоров'я

<i>Березняков В.І.</i> Стан клітинної і гуморальної ланок імунітету при негоспітальній пневмонії	107
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

<i>Babecka Jozef</i> Urinary incontinence in men	111
-----------------------------------------------------------	-----

CONTENT

Actual theme

<i>Martin McKee, Adrianna Murphy</i> Russia invades Ukraine again: how can the health community respond?	5
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---

Public health

<i>Kachmarska M.O., Lyubinets O.V.</i> Regarding the assessment of the level of public health in Ukraine and its regions	7
<i>Kharchenko N.V.</i> Public health context	17
<i>Lepkanych A.O., Myronyuk I.S.</i> The assessment of the level of students' involvement in the internet during the quarantine restrictions related to the COVID-19 pandemic	22
<i>Skyba O., Kornus O., Tonkopei Yu., Kornus A.</i> State policy in the sphere of public health during the COVID-19 pandemic as a factor of sustainable socio-economic development	27
<i>Peter Vansač</i> Harmonical development of child (student) personality according to J.A. Komensky	34
<i>Kachur O.Yu.</i> Tasks of the public health system to form a responsible attitude to personal health among the population	37
<i>Shafranskiy V.V.</i> Assessment by healthcare organizers of the need for the development of the public health system	42
<i>Dutkevych-Ivanska Yu.V., Rusyn L.P., Sabadosh M.V.</i> Features of physical development of children of primary school age	46
<i>Rusyn L.P., Dutkevych-Ivanska Yu.V., Sabadosh M.V.</i> Some aspects of reproductive health of modern adolescents	51

Organization and management of health care

<i>Krasnova O.I., Golovanova I.A., Pluzhnikova T.V., Lyakhova N.O., Martynenko N.V., Krasnov O.H.</i> Analysis of medical and sanitary performance indicators military educational institution	55
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

<i>Brych V.V.</i> Possibilities of organizing prevention of the consequences of injuries and diseases of the musculoskeletal system at the community level	60
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

<i>Krut A.G.</i> The state oral health on appeals to tertiary medical care institutions of the dental profile	66
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

<i>Melnyk S.V., Horzov L.F., Melnyk V.S.</i> The incidence of dental professionals	73
----------------------------------------------------------------------------------------------------	----

<i>Slabkiy G.O., Mironyuk I.S., Dudnik S.V.</i> Modern approaches to preserving the health of children under the age of five	79
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

<i>Pishkovtsi A-M.M.</i> On the issue of ensuring the dental health of children in the mountainous geographical area of residence	84
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

<i>Keretsman A.O.</i> The main factors influencing the professional motivation of doctors in the Transcarpathian region	88
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

Nursing

<i>Slabkiy G.O.</i> The role of a family nurse in the formation of a healthy lifestyle in the population	92
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

Physical rehabilitation, physical therapy, ergotherapy

<i>Filak J.F., Filak F.G.</i> Sanatorium rehabilitation of patients with digestive system pathology and spine osteochondrosis complicated with protrusions	97
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

<i>Dub M.M.</i> Provision of rehabilitation aids and aids in the rehabilitation of persons with disabilities in the Zakarpattia region	102
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

Science for health care practice

<i>Bereznyakov V.I.</i> The state of cellular and humoral parts of the immune system in community-acquired pneumonia	107
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

<i>Babecka Jozef</i> Urinary incontinence in men	111
------------------------------------------------------------------	-----

DOI 10.24144/2077-6594.1.1.2022.254628

Росія знову вторгається в Україну: як може реагувати медична спільнота?

Martin McKee, професор європейського громадського здоров'я,
Adrianna Murphy, доцент досліджень та політики охорони здоров'я

Повторно опубліковано з дозволу **BMJ 2022; 376**

Приєднуйтесь до інших у закликах до негайного припинення бойових дій в Україні

Вранці 24 лютого 2022 року російські війська вторглися в Україну. У той час як політики в усьому світі обговорюють політичні, економічні та, можливо, військові заходи, слід розглянути численні та важкі наслідки російської агресії для здоров'я громадян України.

Найбільш очевидними є жертви в результаті агресії. Вони будуть зростати в міру продовження бойових дій. Першого березня Управління ООН з прав людини підтвердило 136 смертей серед цивільного населення, зокрема 13 дітей, та поранення 400 осіб серед цивільного населення, зокрема 26 дітей. 1 Справжнє число померлих та поранених, ймовірно, є набагато більшим. 1 Кількість загиблих російських військових ймовірно становить декілька тисяч осіб. Однак, втрати можуть бути набагато більшими. З огляду на триваючий збройний опір громадян України та нестачу палива, зброї та матеріально-технічного забезпечення, зростають побоювання, що армія президента Путіна може перетворити українські міста на руїни. Тим, хто вважає це немислимим, слід пам'ятати про спустошення та кровопролиття, завдані путінськими силами у 2000 році у місті Грозному – столиці Чечні. 2

Загрози для здоров'я населення

Як і в усіх конфліктах, існують також серйозні загрози для здоров'я населення. Крім традиційних – таких як нестача води та їжі, спричинених атаками російських військ на життєво важливу інфраструктуру України – конфлікт розгортається у той час, коли Україна все ще знаходиться в центрі пандемії COVID-19, при реєстрації майже 25 тисяч нових випадків захворювання щодня 3 і при менше 40% вакцинованого населення. Україні також довелося боротися зі спалахом поліомієліту, який розпочався в жовтні 2021 року серед населення з дуже низьким рівнем імунізації. Кампанія зі щеплення від поліомієліту дітей, які не були вакциновані вчасно, яка розпочалася першого лютого 2022 року, буде, ймовірно, призупинена через бойові дії. І це вторгнення на територію України, очевидно, є лише останнім загостренням напруженості, яка бере початок з 2014 року від анексії Криму Росією. Конфлікт між громадянами України та сепаратистами у східному регіоні Донбасу, який підтримується Росією, вже призвів до появи понад 1,5 мільйона внутрішньо переміщених осіб і великої кількості випадків нелікованого посттравматичного стресового розладу, депресії та тривоги серед них. 4

За оцінками експертів, нинішня криза може призвести до появи ще семи мільйонів переміщених українців. 5 Деякі з них отримали травми або мають проблеми зі здоров'ям, які вимагають продовження лікування. Усі вони потребують притулку та безпеки. ЄС дозволить громадянам України перебувати у країнах ЄС до трьох років без подання прохання про притулок. Уряд Великобританії дозволяє в'їзд до країни лише близьким членам сімей громадян Великобританії та українців із осілим статусом.

Не можна ігнорувати також і ширші міжнародні наслідки. Наведемо лише один приклад: Україну вважають житницею Європи, але російсько-українська війна суттєво зменшує її роль у глобальних поставках продовольства. Україна є другою країною у світі за експортом зерна. Вона забезпечує постачання більшої частини зерна, котре споживають країни, які самі переживають кризу. 6 Так, Ліван отримує 80% свого зерна з України, хоча можливості цієї країни щодо збереження зерна все ще не відновилися після великого вибуху в порту Бейрута. Ємен, де за останній рік різко зросли ціни на хліб, також дуже залежить від постачання зерна з України. Російсько-українська війна лише посилить страждання населення цих країн.

Що ми можемо зробити

Що ж ми – працівники медицини, можемо ще зробити, окрім внесків у гуманітарні організації, що працюють в Україні та сусідніх країнах?

По-перше, ми повинні об'єднати наші дії з медичними працівниками та вченими інших країн, включно з нашими колегами – вченими і медичними працівниками Росії 7 8 у заклику щодо негайного припинення бойових дій в Україні. Цей заклик має виходити за рамки звичайних невизначених закликів, щоб усі склали зброю. Ми повинні відрізнити правильне від неправильного. Немає ніяких виправдань щодо війни Росії проти України. Україна має право захищатися відповідно до статті 51 Статуту Організації Об'єднаних Націй. Росія повинна припинити всі бойові дії та вивести свої війська з України, для того, щоб не продовжувати спричиняти смерть та поранення.

По-друге, оскільки європейські країни починають відновлюватися після пандемії, вони зіткнуться з додатковими витратами державного бюджету. Закінчення холодної війни принесло фінансові дивіденди, оскільки оборонні бюджети були скорочені. Проте зараз зрозуміло, що в багатьох випадках це зайшло занадто далеко. Оборонні витрати країн Європи, ймовірно, значно зростуть так, як це вже відбулося в Німеччині. **9** Ми не можемо вимагати від наших урядів більше грошей для профілактики інфекційних захворювань, але можемо критикувати витрати на захист від дій ворожих держав.

По-третє, ми повинні додати свій голос до закликів щодо посилення глобального управління. Хоча російське вторгнення є явним порушенням міжнародного права, реальність така, що немає способу притягнути до відповідальності російський уряд, як постійного члена Ради Безпеки ООН. **10** Росія не погодилася на юрисдикцію Міжнародного кримінального суду. Але те ж саме зробили і Сполучені Штати Америки. Світ має чітко пояснити, що дотримання норм міжнародного права є обов'язковим.

Нарешті, вторгнення Росії в Україну, яка є її найближчим сусідом, це лише перша спроба Росії вплинути на політичну діяльність іншої країни. Британський уряд ніколи не публікував невідредаговану парламентську доповідь про втручання Росії у британську політику. **11** Неймовірно, але це абсолютно не пов'язано зі статусом Лондона як глобального центру з відмивання грошей. Корупція, яка часто створює ці фонди, позбавляє системи охорони здоров'я багатьох країн фінансів, які вони потребують і спричиняє смерть, хвороби та нещастя. **12** Ми повинні вимагати від уряду Великої Британії, щоб вона очистила свою національну репутацію від цієї плями.

Вторгнення в Україну є катастрофою для громадського здоров'я не лише для тих, хто потрапив у бойові дії, але й для незліченної кількості інших людей далеко за межами України. З огляду на уроки пандемії Covid-19 **13** це має спонукати нас вимагати більш безпечного та здорового світу.

Посилання

1. United Nations. UN humanitarian call on combatants to spare Ukraine civilians as aid ramps up. 1 Mar 2022. <https://news.un.org/en/story/2022/03/1113002#:~:text=Since%20the%20start%20of%20the%20hostilities%20on%2024%20February%2C%20the,civilians%20killed%2C%20including%2013%20children>.
2. Radio Free Europe. The battle of Grozny and the first Chechen war. 4 Jan 2020. <https://www.rferl.org/a/russia-grozny-battle-chechen-war-1994-1995/30359837.html>
3. Reuters. COVID-19 tracker. 2022. <https://graphics.reuters.com/world-coronavirus-tracker-and-maps/countries-and-territories/ukraine/>
4. Roberts B, Makhshvili N, Javakhishvili J, et al. Mental health care utilisation among internally displaced persons in Ukraine: results from a nation-wide survey. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2019;28:100-11.
5. Russian invasion risks displacing more than 7 million Ukrainians, says EU crisis commissioner. France24 2022 27 Feb. <https://www.france24.com/en/europe/20220227-europe-must-prepare-for-millions-of-ukrainian-refugees-eu-commissioner-says>
6. Arabs fear for wheat supplies after Russia invades Ukraine. France24 2022 Feb 26. <https://www.france24.com/en/live-news/20220226-arabs-fear-for-wheat-supplies-after-russia-invades-ukraine>
7. An open letter from Russian scientists and science journalists against the war with Ukraine. Eureporter 2022. <https://www.eureporter.co/world/russia/2022/02/24/an-open-letter-from-russian-scientists-and-science-journalists-against-the-war-with-ukraine/>
8. Russian doctors, nurses, and paramedics demand an end to hostilities in Ukraine. *BMJ*2022;376:o535. doi:10.1136/bmj.o535.
9. Germany commits €100 billion to defense spending. Deutsche Welle 2022. <https://www.dw.com/en/germany-commits-100-billion-to-defense-spending/a-60933724>
10. Dworkin A. International law and the invasion of Ukraine: European Council on Foreign Relations. 2022. <https://ecfr.eu/article/international-law-and-the-invasion-of-ukraine/#:~:text=Russia%20has%20not%20joined%20the,the%20ICC%20for%20this%20crime>
11. Intelligence and Security Committee of Parliament. Russia. 2022. https://isc.independent.gov.uk/wp-content/uploads/2021/03/CCS207_CCS0221966010-001_Russia-Report-v02-Web_Accessible.pdf
12. Hutchinson E, Balabanova D, McKee M. We need to talk about corruption in health systems. *Int J Health Policy Manag*2019;8:191-4. doi:10.15171/ijhpm.2018.123 pmid:31050963
13. Forman R, Azzopardi-Muscat N, Kirkby V, et al. Drawing light from the pandemic: Rethinking strategies for health policy and beyond. *Health Policy*2022;126:1-6. doi:10.1016/j.healthpol.2021.12.001 pmid:34961678

Переклад і друк зроблено з дозволу BMJ.

Оригінал статті надруковано:

Martin McKee, Adrianna Murphy Russia invades Ukraine again: how can the health community respond? *BMJ* 2022; 376 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.o548> (Published 02 March 2022) Cite this as: *BMJ* 2022;376:o548

DOI 10.24144/2077-6594.1.1.2022.254629
УДК 614.2(477)

Качмарська М.О.¹, Любінець О.В.²

Стосовно оцінки рівня громадського здоров'я в Україні та її регіонах

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, кафедри психіатрії і психотерапії¹ та громадського здоров'я², м. Львів, Україна

Kachmarska M.O., Lyubinets O.V.

Regarding the assessment of the level of public health in Ukraine and its regions

Danylo Halytskyi Lviv National Medical University, Lviv, Ukraine

kachmarskamarta@gmail.com, pulmo@ukr.net

Вступ

Стан здоров'я населення виступає важливим чинником економічного благополуччя країни. Цю ж тезу необхідно використати для оцінки рівня громадського здоров'я в Україні та її регіонах. З початку набуття Україною незалежності ситуація з якістю здоров'я населення та організацією йому медичної допомоги постійно викликає тривогу [1–3]. В цей же час в окремих регіонах держави спостерігалися різнонаправлені як медико-демографічні процеси так і підходи до ходу реформування галузі охорони здоров'я, що в свою чергу характеризувалися високим рівнем смертності населення [4,5], низьким рівнем народжуваності [6,7], значним поширенням вживання психоактивних речовин [8–10], невизначеністю у стратегічному плануванні організації медичної допомоги населенню [11,12], вимушеною та природною міграцією [13,14].

Мета дослідження: означити базові показники для визначення рівня громадського здоров'я в Україні та в її територіальних одиницях.

Матеріали та методи

Матеріалом дослідження слугували дані Стратегії ВООЗ «Здоров'я для всіх у XXI столітті», ЮНЕСКО, Державної служби статистики України за розділами «Демографічна та соціальна статистика» і «Економічна статистика», Міністерства охорони здоров'я України, міністерств фінансів та економіки України, оперативних відомостей підрозділів охорони здоров'я органів державного управління. Розгляд даних здійснено з використанням методів: бібліосемантичного та системного підходу.

Результати дослідження та їх обговорення

Здоров'я нації як чинник державотворення та безпеки держави є базовою складовою людського капіталу та конкурентоспроможності країни й перебуває в тісному

інтегральному зв'язку з економікою, наукою та обороноздатністю [15].

Нами здійснено пошук об'єктивних кількісних вимірювачів громадського здоров'я, які б достатньо точно відображали стан різних сторін цього інтегрального явища в цілому, були здатні показати динаміку його окремих елементів і до того ж були практично застосовні в аспекті збору та використання даних.

Стратегія ВООЗ «Здоров'я для всіх у XXI столітті» передбачає при оцінюванні стану громадського здоров'я використання наступних показників [16]:

- % ВВП, що йде на охорону здоров'я;
- доступність первинної медико-санітарної допомоги;
- забезпеченість населення безпечним водопостачанням;
- % осіб, підданих імунізації від інфекційних хвороб;
- стан харчування дітей, зокрема, % дітей, що народилися з низькою масою тіла (<2,5 кг);
- рівень дитячої смертності;
- рівень середньої очікуваної тривалості життя;
- рівень грамотності дорослого населення;
- частка ВВП на душу населення.

У 2012 р. Європейським регіональним бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я прийнято документ «Європейський план дій з укріплення потенціалу та послуг громадського здоров'я», який став дороговказом у розвитку громадського здоров'я в Європейському регіоні [17].

З числа десяти основних оперативних функцій для оцінювання потенціалу та послуг системи громадського здоров'я, а також дій, необхідних для їх покращення перша і друга оперативні функції в основному стосуються аналітичної інформації з питань громадського здоров'я, яка може використовуватися в процесі вирішення завдань щодо захисту й зміцнення здоров'я і профілактики хвороб. Це власне: 1. Епідагляд та оцінювання стану здоров'я і благополуччя населення; 2. Моніторинг та реагування на небезпеки для здоров'я і під час надзвичайних ситуацій у сфері охорони здоров'я.

Оперативна функція 1. Епіднадгляд та оцінювання стану здоров'я і благополуччя населення передбачає створення та забезпечення функціонування систем епіднадзора з метою моніторингу частоти виникнення і поширеності хвороб, а також систем медико-санітарної інформації для кількісного оцінювання захворюваності і показників стану здоров'я населення. Іншими складовими цієї оперативної функції є оцінка показників здоров'я місцевих громад, виявлення проблем і нерівностей за показниками здоров'я конкретних груп населення, виявлення потреб і планування дій на основі об'єктивних даних. Ця функція визначає:

- 1.1. Епіднадгляд у сфері демографічної статистики.
- 1.2. Епіднадгляд за інфекційними хворобами.
- 1.3. Епіднадгляд за неінфекційними захворюваннями.
- 1.4. Епіднадгляд за станом соціального і психічного здоров'я.
- 1.5. Епіднадзора за здоров'ям матері й дитини.
- 1.6. Епіднадзора у сфері гігієни навколишнього середовища.
- 1.7. Епіднадзора у сфері гігієни праці.
- 1.8. Епіднадзора за травматизмом і насильством.
- 1.9. Епіднадзора за внутрішньо-лікарняними інфекціями.
- 1.10. Епіднадзора за стійкістю до антибіотиків.
- 1.11. Огляди стану здоров'я і поведінкових аспектів здоров'я.
- 1.12. Систематичний опис (картування) виявлених нерівностей щодо здоров'я.
- 1.13. Інтегрування і аналіз даних (у тому числі оцінювання здоров'я місцевих громад) з метою визначення потреб населення, виявлення груп ризику і моніторингу прогресу у вирішенні завдань охорони здоров'я (за сферами 1.1–1.8).
- 1.14. Публікація звітних даних для різних аудиторій (за сферами 1.1–1.8).

Оперативна функція 2. Моніторинг та реагування на небезпеки для здоров'я і під час надзвичайних ситуацій у сфері охорони здоров'я передбачає моніторинг, виявлення і прогнозування найбільших біологічних, хімічних і фізичних ризиків для здоров'я на робочому місці та в навколишньому середовищі; застосування методів та інструментів оцінювання ризику у сфері гігієни навколишнього середовища; створення доступної інформації і попереджень для населення; планування і здійснення втручань, спрямованих на мінімізацію ризиків для здоров'я. Забезпечення готовності до управління надзвичайними ситуаціями, в тому числі складання відповідних планів дій; розробка систем для збору даних, профілактики та контролю захворюваності; застосування комплексного та орієнтованого на співпрацю підходу по відношенню до різних державних органів, які беруть участь в управлінні.

Ця функція визначає: А. Моніторинг і реагування на небезпеки для здоров'я; В. Контроль небезпек для здоров'я, пов'язаних із навколишнім середовищем; С. Лабораторна підтримка під час розслідування загроз

здоров'ю; D. Готовність до надзвичайних ситуацій у сфері охорони здоров'я та реагування на них.

Європейський Союз ставить завдання щодо постійної системи моніторингу та звітності з громадського здоров'я [18]. Так, спільні дії щодо показників здоров'я Європейського співтовариства стали прикладом впровадження системи, яка може розробляти та підтримувати такі дані – ЕСНІ (European Core Health Indicators), а також сприяти та заохочувати використання ЕСНІ у звітності щодо здоров'я та виробленні політики у сфері охорони здоров'я. Проведення сталого моніторингу громадського здоров'я також підтримується постановою Євростату про статистику громадського здоров'я та вимагає надавати статистику охорони здоров'я відповідно до методології ЕСНІ. ЄС вимагає здійснення подальших зусиль зі сторони Генерального директорату Європейської комісії з питань охорони здоров'я та споживачів (DG SANCO) та Євростату щодо створення постійної системи моніторингу стану громадського здоров'я.

У прийнятому за основу Верховною Радою України у лютому 2021 року проекті Закону «Про систему громадського здоров'я» [19] – у статті 8 «Повноваження центрального органу виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я» передбачено, що центральний орган виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я здійснює, окрім інших управлінських дій, оцінку показників здоров'я населення, готує щорічний звіт про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію та подає його до Кабінету Міністрів України. Проте перелік показників, які підлягають такій оцінці не визначено.

Необхідність організації контролю за громадським здоров'ям зазначено у багатьох наукових дослідженнях [20–24].

Враховуючи згадані документи наша пропозиція полягає у формуванні трьох груп базових показників та створенні підходів, які можна було б використати для визначення рівня громадського здоров'я в Україні.

До 1 групи ми віднесли «Демографічні показники»:

- a) загальний коефіцієнт народжуваності;
- b) сумарний коефіцієнт народжуваності;
- c) загальний коефіцієнт смертності;
- d) дитяча смертність (смертність дітей у віці до 1 року);
- e) смертність з приводу хвороб системи кровообігу;
- f) смертність з приводу зовнішніх чинників;
- g) середня очікувана тривалість життя.

Щодо обґрунтування запропонованих демографічних показників: показники природного руху населення – народжуваність і смертність населення обчислюються на основі реєстрації кожного випадку народження і смерті у відділах реєстрації актів громадянського стану.

Сумарний коефіцієнт народжуваності показує, скільки в середньому дітей народила б одна жінка упродовж усього репродуктивного періоду (15-49 років)

при збереженні в кожному віці рівня народжуваності того року, для якого обчислені вікові коефіцієнти. Сумарний коефіцієнт народжуваності обчислюється як сума вікових коефіцієнтів народжуваності для вікових груп в інтервалі 15–49 років.

Показник смертності дітей до 1 року є індикатором якості життя населення, що відображає рівень добробуту населення й розподіл соціальних і матеріальних благ у суспільстві, стан довкілля, рівень освіти й культури, ефективність профілактики, рівень доступності і якості медичної допомоги тощо. Смертність немовлят є не тільки ключовим індикатором стану здоров'я та виживання дітей, але й характеристикою ефективності та справедливості у забезпеченні державними послугами [25].

У 60-70% випадків рівень смертності населення України зумовлений патологією органів системи кровообігу. Смертність з приводу зовнішніх чинників у значній мірі показує рівень матеріально-технічної організації суспільства, психоемоційні настрої населення.

Середня очікувана тривалість життя – це прогностичний статистичний показник, що показує усереднений очікуваний інтервал між народженням і смертю для даного покоління.

II група індикаторів це «Показники медичної статистики»:

- a) загальна захворюваність;
- b) хворобливість;
- c) захворюваність на туберкульоз: кількість хворих із вперше встановленим діагнозом активного туберкульозу;
- d) захворюваність на COVID-19 або інші визначені інфекційні захворювання, ВІЛ/СНІД;
- e) захворюваність психічними розладами: кількість хворих із вперше встановленим діагнозом алкоголізму і алкогольних психозів, розладу психіки та поведінки внаслідок вживання наркотиків та інших психоактивних речовин;
- f) кількість померлих від навмисного самоушкодження;
- g) показник DALY (роки життя з поправкою на інвалідність).

Загальна захворюваність (захворюваність населення) – медико-статистичний показник, що характеризує чисельність хворих, виявлених при зверненні населення з приводу захворювання до лікувально-профілактичних закладів або при профілактичному огляді протягом поточного року.

Хворобливість, або поширеність захворювання – медико-статистичний показник, що характеризує поширеність зареєстрованих захворювань серед населення, як вперше виявлених, так і діагностованих раніше, з приводу яких були первинні звернення за медичною допомогою в поточному році. Рівень хворобливості визначається відношенням кількості зареєстрованих захворювань до середньорічної чисельності постійного населення.

Питання протидії туберкульозу, іншим інфекційним та вірусним захворюванням, новій пандемії COVID-19 в Україні є одним із пріоритетних державної

політики у сфері охорони здоров'я і соціального розвитку та предметом міжнародних зобов'язань [26,27]. Соціально-небезпечні вірусні інфекції з гемоконтактним механізмом передачі, серед яких ВІЛ-інфекція, хронічні вірусні гепатити В і С є однією з найбільш гострих проблем охорони здоров'я у світі, особливо в країнах із низьким та середнім рівнем доходу, до яких відноситься і Україна [28].

В умовах соціально-економічної нестабільності, яку переживає Україна, спостерігається значна поширеність розладів психіки та поведінки з ускладненнями їх перебігу та з тенденцією до змін класичних форм психічних розладів, інвалідності психічно хворих людей. Гострі та хронічні розлади, що виникають унаслідок вживання психоактивних речовин, займають перші два місця серед захворюваності на психічні та поведінкові розлади. Близько 5,1% загального глобального тягаря хвороб і травм обумовлені алкоголем, за оцінками показника DALY [29].

В Україні показники захворюваності населення на розлади психіки та поведінки є високими в т. ч. зі зростанням рівня саморуйнівної поведінки, який є одним із найвищих в Європейському регіоні та виступає важливою медико-соціальною проблемою. Щороку в світі у результаті навмисного самоушкодження помирає понад 800 тис. людей. Це є другою за частотою причиною смерті у віці від 15 до 29 років. Г.Слабким та Н.Защик встановлено, що рівень смертності населення в результаті навмисного самоушкодження є в 2,02 рази вищий серед сільського населення, ніж міського, а серед чоловіків у 1,37 рази вищий, ніж серед жінок. Показники мають достовірні відмінності по регіонах України [30].

У міжнародній практиці застосовується такий методичний підхід до оцінки здоров'я населення як визначення «тягаря хвороб» (burden of disease) – втрачених років здорового життя, які вимірюються показником DALY – роки життя, скориговані за непрацездатністю (disability-adjusted life years). Цей показник розраховується як сума показників кількості років життя, втрачених через передчасну смерть від хвороби (YLL – years of life lost) та років життя, прожитих з непрацездатністю (YLD – years lived with disability). DALY дозволяє виміряти смертність та захворюваність в одній одиниці виміру та представити у вигляді єдиного показника. Показник DALY використовується для мотивації пріоритетності заходів у галузі охорони здоров'я.

Третю групу індикаторів оцінки стану громадського здоров'я складають показники соціального благополуччя громади. Соціальне благополуччя як інтегральний показник ефективності функціонування соціальної сфери, відображає соціальне самопочуття, рівень добробуту населення, ступінь соціальної захищеності, що суттєво позначається на здоров'ї людини. Ці показники виступають індикаторами економічного зростання та є критерієм результативності політики держави.

Наприкінці ХХ століття був розроблений інформативний, придатний для порівняння і зручний у застосуванні показник соціального розвитку, що відображає ступінь благополуччя країн, народів в

цілому – індекс розвитку людського потенціалу (ІРЛП), який інтегрально характеризує рівень матеріального добробуту (ВВП в перерахунку на душу населення), демографічну ситуацію (очікувана тривалість життя) і рівень освіти (розраховується на основі показника рівня грамотності населення і показника середньої тривалості навчання у навчальних закладах).

Кожен із застосованих показників окремо не може відображати генералізований стан благополуччя, але всі вони в сукупності прямо або опосередковано представляють картину благополуччя або неблагополуччя даного суспільства.

До III групи «Стан соціального благополуччя» ми пропонуємо наступні показники:

- a) рівень заробітної плати;
- b) частка працівників, які отримують зарплату менше 1,5 прожиткових мінімумів;
- c) рівень безробіття;
- d) валовий регіональний продукт;
- e) чистий показник охоплення дошкільними навчальними закладами дітей віком 3-5 років;
- f) охоплення загальною середньою освітою дітей шкільного віку (6-17 років);
- g) самооцінка способу життя населення.

Рівень життя всіх працівників, а також їх родин, залежить у першу чергу від рівня оплати праці та механізму її виплати. Саме заробітна плата є і повинна бути визначальною складовою доходів населення, підґрунтям життєдіяльності працівників та їх сімей, а звідси й найбільш потужним стимулом підвищення продуктивності праці. Заробітна плата є одним з головних показників і чинників рівня соціально-економічного життя кожної країни, колективу, людини [31].

Характеристики гідної праці формують один із шести аспектів регіонального людського розвитку, що вимірюється за допомогою побудови індексу регіонального людського розвитку. Стан гідної праці, відповідно до методики вимірювання регіонального

людського розвитку, оцінюють і за допомогою такого показника, як частка працівників, які отримують зарплату менше 1,5 прожиткових мінімумів [32,33].

Рівень безробіття – це кількісний показник, який визначається як відношення кількості безробітних до загальної чисельності економічно активного працездатного населення країни (регіону, соціальної групи). Чисельність безробітного населення розраховується за методологією Міжнародної організації праці. Відповідно до цієї методології людина визнається безробітною, якщо вона протягом чотирьох тижнів: не мала роботи, шукала роботу, була готова стати до роботи.

Валовий регіональний продукт характеризує кінцевий результат виробничої діяльності економічних одиниць-резидентів у сфері матеріального і нематеріального виробництва і є одним з найважливіших показників розвитку економіки регіону і відповідно підґрунтям добробуту населення.

Доступність якісної освіти є передумовою сталого економічного та соціального розвитку суспільства. Одними з індикаторів даної групи є чистий показник охоплення дошкільною освітою дітей віком 3-5 років та чистий показник охоплення дітей повною загальною середньою освітою. Дослідниками зазначено, що процес формування інноваційного мислення залежить від багатьох чинників, що визначають рівень і якість компетентностей, які здобуваються у процесі навчання [34].

Самооцінка способу життя здійснюється методом вибіркового соціологічного опитування населення за заздалегідь розробленим опитувальником, який включає у тому числі питання самооцінки здоров'я, комфортності проживання стосовно стану навколишнього природного середовища, оцінку робочого місця у відповідності санітарно-гігієнічним нормам, доступності до медичних послуг, поширеності тютюнокуріння та ін. [35].

Перелік показників та джерело отримання інформації для їх розрахунку представлено у таблиці.

Таблиця. Перелік показників та джерело отримання інформації

№	Групи та показники		Джерело інформації
I група «ДЕМОГРАФІЧНІ ПОКАЗНИКИ»			
1.	Загальний коефіцієнт народжуваності, ‰	Поточна статистика	Державна служба статистики України – Таблиця: 0301. Кількість живонароджених, померлих і природний приріст (скорочення) населення по регіонах (0,1) http://database.ukrcensus.gov.ua/MULT/Dialog/statfile_c.asp
2.	Сумарний коефіцієнт народжуваності, абс.	Поточна статистика	Державна служба статистики України – http://database.ukrcensus.gov.ua/MULT/Dialog/statfile_c.asp
3.	Загальний коефіцієнт смертності, ‰	Поточна статистика	Державна служба статистики України – Таблиця: 0309. Коефіцієнти смертності за статтю та віковими групами по регіонах (0,1) http://database.ukrcensus.gov.ua/MULT/Dialog/statfile_c.asp
4.	Смертність дітей у віці до 1 року, ‰	Поточна статистика	Державна служба статистики України – Таблиця: 0306. Смертність дітей у віці до 1 року по регіонах (0,1) http://database.ukrcensus.gov.ua/MULT/Dialog/statfile_c.asp

5.	Смертність з приводу хвороб системи кровообігу	Розрахунки за даними поточної статистики	Державна служба статистики України – Таблиця: 0308. Кількість померлих за статтю, віковими групами та причинами смерті по регіонах (0,1) http://database.ukrcensus.gov.ua/MULT/Dialog/statfile_c.asp
6.	Смертність з приводу зовнішніх чинників	Поточна статистика	Державна служба статистики України – Таблиця: 03043. Середня очікувана тривалість життя по регіонах (0,1) http://database.ukrcensus.gov.ua/MULT/Dialog/statfile_c.asp
7.	Середня очікувана тривалість життя при народженні, років	Поточна статистика	Державна служба статистики України – Таблиця: 03043. Середня очікувана тривалість життя по регіонах (0,1) http://database.ukrcensus.gov.ua/MULT/Dialog/statfile_c.asp
II група «ПОКАЗНИКИ МЕДИЧНОЇ СТАТИСТИКИ»			
1.	Загальна захворюваність, ‰	Поточна статистика	«Зведена оперативна відомість обліку захворювань у даному лікувальному закладі» – як оперативна інформація (взаємін ліквідованої у 2018 році звітної форми № 12). Оперативна відомість збирається щоквартально згідно наказів підрозділів охорони здоров'я органів державного управління
2.	Хворобливість, ‰		
3.	Кількість хворих із вперше встановленим діагнозом активного туберкульозу (на 100 тис. населення)	Поточна статистика	Форма № 8 МОЗ України: Звіт про захворювання на активний туберкульоз
4.	Захворюваність на COVID-19 (або інші визначені інфекційні захворювання, ВІЛ/СНІД) (на 100 тис. населення)	Поточна статистика	- інформація з офіційного сайту МОЗ України; - «Зведена оперативна відомість обліку захворювань у даному лікувальному закладі» – як оперативна інформація (взаємін ліквідованої у 2018 році звітної форми № 12) збирається щоквартально згідно наказів підрозділів охорони здоров'я органів державного управління: виділено окремі рядки для COVID-19; - інші інфекційні захворювання / форма № 2 МОЗ України «Звіт про окремі інфекції і паразитарні захворювання»; - форми звітності МОЗ України: № 1-ВІЛ/СНІД «Звіт про осіб зі станами та хворобами, що зумовлені вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), за ____ квартал 20____ року» (квартальна); № 2-ВІЛ/СНІД «Звіт про осіб зі станами та хворобами, що зумовлені вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), за 20 ____ рік» (річна)
5.	Кількість хворих із вперше встановленим діагнозом алкоголізму і алкогольних психозів, розладу психіки та поведінки внаслідок вживання наркотиків та інших психоактивних речовин (на 100 тис. населення)	Поточна статистика	Звітна форма № 32 МОЗ України «Звіт щодо осіб, які мають розлади психіки через уживання психоактивних речовин» (звіти подаються обласними закладами охорони здоров'я в яких надається медична допомога особам з цією патологією)
6.	Кількість померлих від навмисного самоушкодження (на 100 тис. населення)	Поточна статистика	Державна служба статистики України Таблиця: 0308. Кількість померлих за статтю, віковими групами та причинами смерті по регіонах (0,1) http://database.ukrcensus.gov.ua/MULT/Dialog/statfile_c.asp
7.	Показник DALY (роки життя з поправкою на інвалідність)	Розрахунки за даними поточної статистики	- про первинну інвалідність звітна форма МОЗ України № 14 «Звіт про причини інвалідності, показання до медичної, професійної і соціальної реабілітації»; - Державна служба статистики України – таблиця: 0309. Коефіцієнти смертності за статтю та віковими групами по регіонах (0,1) http://database.ukrcensus.gov.ua/MULT/Dialog/statfile_c.asp
III група «СТАН СОЦІАЛЬНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ»			
1.	Рівень заробітної плати	Поточна статистика	а) Державна служба статистики України – http://www.ukrstat.gov.ua/ : середньомісячна заробітна плата по регіонах;

			b) Міністерство фінансів України – https://index.minfin.com.ua/labour/salary/average/
2.	Частка працівників, які отримують зарплату менше 1,5 прожиткових мінімумів, % до загальної чисельності населення	Поточна статистика	Державна служба статистики України – http://www.ukrstat.gov.ua/ : Диференціація життєвого рівня населення / Чисельність населення із середньодушовими еквівалентними загальними доходами у місяць, нижчими фактичного прожиткового мінімуму: https://ukrstat.org/uk/operativ/operativ2020/gdvvg/duf/arh_duf_u.htm
3.	Рівень безробіття (частка безробітних серед населення 18-65 років), %	Поточна статистика	Міністерство фінансів України https://index.minfin.com.ua/ua/labour/unemploy/
4.	Валовий регіональний продукт (на 1 особу)	Поточна статистика	Державна служба статистики України / Регіональна статистика http://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/publ2_u.htm
5.	Показник охоплення дошкільними навчальними закладами дітей віком 3-5 років, %	Поточна статистика	Державна служба статистики України http://www.ukrstat.gov.ua/ Демографічна та соціальна статистика / Освіта
6.	Охоплення загальною середньою освітою дітей шкільного віку (6-17 років), %	Поточна статистика	Державна служба статистики України http://www.ukrstat.gov.ua/ Загальна середня та професійна (професійно-технічна) освіта в Україні
7.	Самооцінка способу життя населення	Результати опитування за методом вибіркового соціологічного анкетування	

Запропоновані складові та чинники оцінки рівня громадського здоров'я пропонується надалі використовувати також для проведення кластерного аналізу громадського здоров'я. Цифровізація в оцінці стану громадського здоров'я та подальша кластеризація дасть змогу досліджувати значний обсяг інформації, який стосується різноманітних ознак, що характеризують сукупність об'єктів. Передбачається, що за допомогою створення кластерів сформуються групи територій держави які мають найбільш схожу як медико-демографічну ситуацію так і рівень соціального благополуччя. Регіони у різних кластерах повинні за показниками особливо відрізнятися. Таким чином, буде можливість створити модель кластеризації громадського здоров'я в Україні, яка ґрунтується на статистичних розподілах.

Перспективи подальших досліджень пов'язані зі створенням системи оцінки рівня громадського здоров'я в Україні та її окремих територіальних одиниць.

Висновки

Проведений аналіз показників, які дають можливість у певній мірі оцінити рівень громадського здоров'я, надається для широкого обговорення фахівцями з громадського здоров'я. Отримані результати дадуть можливість створити систему моніторингу та оцінювання стану громадського здоров'я та здійснювати заходи як на рівні держави так і в регіонах для удосконалення підходів у підвищенні рівня та якості громадського здоров'я.

Література

1. Lyubins O, Sigit K, editors. Health problems in Ukraine and Poland. Lviv: Editorial House of the Lviv Regional Charity Fund "Medicine and Law"; 2017. 236 p.
2. Kozlovskiy S., Petrunenko I., Baidala V., Myronchuk V., Kulinich T. Assessment of public welfare in Ukraine in the context of the COVID-19 pandemic and economy digitalization. Problems and Perspectives in Management. 2021;19(1):416-431. DOI:10.21511/ppm.19(1).2021.35.
3. Гребняк МП, Таранов ВВ, Федорченко РА. Сучасна динаміка здоров'я населення України у глобальному вимірі. Довкілля та здоров'я. 2018;3(88):27-33. DOI:10.32402/dovkil2018.03.027.
4. Чепелевська ЛА. Тенденції медико-демографічних показників України у ХХІ столітті. Україна. Здоров'я нації. 2018;1:48-52.
5. Лапшин ІМ. Аналіз рівня смертності населення в Україні. Вісник Хмельницького національного університету. Економічні науки. 2018;3(1): 44-47.
6. Кривич ІІ, Палієнко КВ, Гусєва ГМ, Олай-Верано ВВ. Демографічна ситуація в Україні за роки її незалежності. Матеріали другого міжнародного симпозиуму «Освіта і здоров'я підрастаючого покоління»: Зб. наук. праць в 2-х частинах / За ред. Страшка СВ; Вип.2, ч.1; К.:Алатон; 2018:61-65.

7. Гладун О, Аксьонова С, Гаврилук О, та ін. Населення України. Демографічні тенденції в Україні у 2002–2019 рр.: кол. моногр. / за ред. О.М. Гладуна; НАН України, Ін-т демографії та соціальних досліджень імені М.В. Птухи. Київ, 2020.; 174 с.
8. Любінець ОВ, Качмарська МО, Гржибовський ЯЛ, Боровець ВА. Структура та динаміка смертності населення України внаслідок розладів психіки та поведінки Україна. Здоров'я нації. 2021;3(65):33-39. DOI 10.24144/2077-6594.3.1.2021.240807.
9. Lyubinetz O, Kachmarska M, Sygit KM, Cipora E, Grshybowskyj J. Mortality and Alcohol as Its Cause – Comparative Characteristics of the Two Neighboring Countries: Ukraine and Poland. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2021;18,10810. DOI.org/10.3390/ijerph182010810.
10. Романів ОП, Іваць АР, Погоріляк КМ. Втрачені роки здорового життя внаслідок психічних захворювань у Закарпатському регіоні. Україна. Здоров'я нації. 2017;3(44):208-211.
11. Любінець ОВ, Мілашовська ВО, Децик МА. Громадське здоров'я – епідеміологія: базові ланки стратегічного планування. Актуальні проблеми профілактичної медицини. 2021;21:84-89.
12. Стецюк Ф. Механізм стратегічного управління сферою охорони здоров'я. Матер. доп. Всеукраїнської наук.-практ. інтернет-конф. з міжнародною участю «Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах інноваційного розвитку економіки» (Тернопіль, 15 травня 2020 року) Ч.1; Тернопіль; 2020, с.322-326.
13. Гальченко АВ, Погорілко ОВ, Волошин ВА та ін. Вимушена міграція як фактор виникнення психосоціальної дезадаптації та невротичних розладів. Вісник проблем біології і медицини. 2019;3:19-23. DOI 10.29254/2077-4214-2019-3-152-19-23.
14. Токар МЮ. Вимушена внутрішня міграція в Україні: проблеми зіткнення й адаптації регіональних ментальних культур. Регіональні студії, вип.11:90-94.
15. Свінціцький АС. Здоров'я населення як важливий чинник державотворення та національної безпеки. Практикуючий лікар. 2013;2:7-13.
16. Health-for-All Policy for the 21st century. World Health Organization Regional Office for Europe. Шлях доступу: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/109759/EHFA5-E.pdf.
17. Европейский план действий по укреплению потенциала и услуг общественного здравоохранения. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2012 (документ EUR/RC62/12). 52 с. Шлях доступу: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/171770/RC62wd12rev1-Eng.pdf.
18. Verschuuren M, Gissler M, Kilpeläinen K et al. Public health indicators for EU: joint action for ECHIM (European Community Health Indicators & Monitoring). *Archives of Public Health*. 2013;71(1):1-7.
19. Проект Закону України «Про систему громадського здоров'я». Інформаційне управління Апарату Верховної Ради України. 04. лютого 2021. Шлях доступу: http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=70025.
20. Марова СФ, Гречух ЛС. Про необхідність управління громадським здоров'ям. Економіка та держава. 2012;6:106–107.
21. Paul MJ, Dredze M. Social monitoring for public health. *Synthesis Lectures on Information Concepts, Retrieval, and Services*. 2017;9(5):1-183. DOI.org/10.2200/S00791ED1V01Y201707ICR060.
22. Braveman P, Murray CJ, Starfield B, Geiger HJ. World Health Report 2000: how it removes equity from the agenda for public health monitoring and policy Commentary: comprehensive approaches are needed for full understanding. *Bmj*, 2001;323(7314):678-681. DOI:10.1136 / bmj.323.7314.678.
23. Brookmeyer R. Monitoring the health of populations: статистичні principles and methods for public health surveillance. Oxford University Press. 2004. Шлях доступу: https://books.google.com.ua/books?hl=ru&lr=&id=GfcrDAAQAQBAJ&oi=fnd&pg=PR13&dq=monitoring+of+public+health&ots=wvEd_hZgg8&sig=yesvwo5OOz5f8k0BZvX5iXANKbw&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false.
24. Krieger N, Waterman PD, Spasojevic J, et. al. Public health monitoring of privilege and deprivation with the index of concentration at the extremes. *American journal of public health*. 2016;106(2):256-263.
25. Гінзбург ВГ. Загальні і регіональні особливості динаміки дитячої смертності в Україні: чи досягне Україна задекларованих цілей тисячоліття?. Медичні перспективи. 2012;XVII(1):148-155.
26. Процюк РГ. Актуальні питання ко-інфекції туберкульоз/ВІЛ/СНІД в Україні. Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. 2016;1:84-92.
27. Орловський БМ. Заходи кримінально-правової протидії держави масовим інфекційним хворобам (коронавірусу). Правовий вимір конституційної та кримінальної юрисдикції в Україні та світі: 3-й юр. читання : матер. ювілейної всеукр. дистанційн. наук. конф. (Одеса, 10 квіт. 2020 р.). Одеса: Фенікс, 2020; 166-170.
28. Висоцька ОІ., Голубовська ОА. Актуальні питання протидії поширенню соціально-небезпечних гемоконтактних вірусних інфекцій в сучасній системі громадського здоров'я України: роль первинної медичної допомоги. Україна. Здоров'я нації. 2018;3(50):11-16.
29. Чемерис НМ, Любінець ОВ. Основні тенденції захворюваності населення та поширеності хвороб, що пов'язані з вживанням психоактивних речовин в Україні. *Acta medica Leopoliensia*. 2018;24(3):58-64. DOI:10.25040/aml2018.03.058.

30. Слабкий ГО, Защик НС. Аналіз смертності населення України внаслідок навмисного самоушкодження. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України, 2018;2(76):29-33. DOI:10.11603/1681-2786.2018.2.9366.
31. Щербатюк КС, Семенова КД. Дослідження впливу заробітної плати на рівень життя населення. Статистика–інструмент соціально-економічних досліджень: збірник наукових студентських праць. Вип.2. Одеса, ОНЕУ. 2016;34-42.
32. Откидач М. Характеристик «гідної праці» в аспекті регіонального людського розвитку. Демографія та соціальна економіка. 2020;4(42):106-119.
33. Методика вимірювання регіонального людського розвитку. Шлях доступу: http://www.idss.org.ua/arhiv/Metodika_RLR.zip (дата звернення: 07.12.2021).
34. Гриненко АМ, Кирилюк ВВ. Освітні індикатори в системі соціальних індикаторів соціальної згуртованості суспільства. Вісник Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. Економічні науки. 2015;10:282-286.
35. Гржибовський ЯЛ, Миронюк ІС, Любінець ОВ. Самооцінка стану здоров'я населенням сільської місцевості. *Intermedical journal (Slovakia)*. 2019;1(13):21-28.

References

1. Lyubinetz O, Sigit K, editors. Health problems in Ukraine and Poland. Lviv: Editorial House of the Lviv Regional Charity Fund "Medicine and Law"; 2017. 236 p.
2. Kozlovskiy S., Petrunenko I., Baidala V., Myronchuk V., Kulnich T. Assessment of public welfare in Ukraine in the context of the COVID-19 pandemic and economy digitalization. *Problems and Perspectives in Management*. 2021;19(1):416-431. DOI:10.21511/ppm.19(1).2021.35.
3. Grebniak NP, Taranov VV, Fedorchenko RA. Modern dynamics of the health of the population of Ukraine in global dimension. *Environment & health*. 2018;3(88):27-33. DOI:org/10.32402/dovkil2018.03.027.
4. Chepelevska LA. Trends in medical and demographic indicators of Ukraine in the XXI century. *Ukraine. Nation's Health*. 2018;1:48-52.
5. Lapshyn I. The analysis of demographic situation in Ukraine. *Herald of Khmelnytskyi national university. Economic sciences*. 2018;3(1): 44-47.
6. Krivich IP, Palienco KV, Guseva GM, Olaya-Verano VV. A demographic situation is in Ukraine for years her independence. *Materialy druhoho mizhnarodnoho sympoziumu «Osvita i zdorov'ya pidrostayuchoho pokolinnya»: Zb. nauk. prats' v 2-kh chastynakh / Za red. Strashka SV; Vyp.2, ch.1; K.:Alaton; 2018:61-65.*
7. Gladun O, Aksonova S, Gavriyuk O, et al. The population of Ukraine. Demographic trends in Ukraine in 2002–2019: col. monog./for ed. OM.Gladun; Ptoukha Institute for Demography and Social Studies of the National Academy of Sciences of Ukraine; Kyiv; 2020, 174 p.
8. Lyubinetz OV, Kachmarska MO, Grzhybowski YL, Borovets VA. Structure and dynamics of mortality of the population of Ukraine due to mental and behavioral disorders. *Ukraine. Nation's Health*. 2021;3(65):33-39. DOI:10.24144/2077-6594.3.1.2021.240807.
9. Lyubinetz O, Kachmarska M, Sygit KM, et al. Mortality and alcohol as its cause – comparative characteristics of the two neighboring countries: Ukraine and Poland. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2021;18,10810. DOI:10.3390/ijerph182010810.
10. Romaniv OP, Ivats AR, Pohorilyak KM. The lost years of healthy life due to mental illness in the Transcarpathian region. *Ukraine. Nation's Health*. 2017;3(44):208-211.
11. Lyubinetz OV, Milashovskaya VO, Decik MA. Public health – epidemiology: basic links strategic planning. *Actual problems of preventive medicine*. 2021;21:84-89.
12. Stetsyuk F. Mekhanizm stratehichnoho upravlinnya sferoyu okhorony zdorov'ya. *Mater. dop. Vseukrayins'koyi nauk.-prakt. internet-konf. z mizhnarodnoyu uchastyu «Aktual'ni problemy menedzhmentu ta publichnoho upravlinnya v umovakh inovatsiynoho rozvytku ekonomiky» (Ternopil, May 15, 2020) Ch.1; Ternopil'; 2020; s.322-326.*
13. Halchenko A, Pohorilko O, Voloshin V. et al. Forced migration as a factor of psychosocial maladjustment and neurotic disorders *Bulletin of problems in biology and medicine*. 2019;3:19-23. DOI:10.29254/2077-4214-2019-3-152-19-23.
14. Tokar MY. Forced internal migration in Ukraine: problems of collision and adaptation of regional mental cultures. *Regional Studies*. 2018; 11:90-94.
15. Svintsitsky AS. Public health as an important factor in state-building and national security. *Likar-practik*. 2013;2:7-13.
16. Health-for-All Policy for the 21st century. WHO Regional Office for Europe. https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/109759/EHFA5-E.pdf.
17. European Action Plan for Strengthening Public Health Capacities and Services. https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/171770/RC62wd12rev1-Eng.pdf.
18. Verschuuren M, Gissler M, Kilpeläinen K et al. Public health indicators for EU: joint action for ECHIM (European Community Health Indicators & Monitoring). *Archives of Public Health*. 2013;71(1):1-7.

19. Proekt Zakonu Ukrayiny «Pro systemu hromads'koho zdorov'ya». Informatsiyne upravlinnya Aparatu Verkhovnoyi Rady Ukrayiny. 04. lyutoho 2021. Shlyakh dostupu: http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=70025.
20. Marova SF, Grechukh LS. On the need for public health management. *Economy and State*. 2012;6:106–107.
21. Paul MJ, Dredze M. Social monitoring for public health. *Synthesis Lectures on Information Concepts, Retrieval, and Services*. 2017;9(5):1-183. DOI:10.2200/S00791ED1V01Y201707ICR060.
22. Braveman P, Murray CJ, Starfield B, Geiger HJ. World Health Report 2000: how it removes equity from the agenda for public health monitoring and policy Commentary: comprehensive approaches are needed for full understanding. *Bmj*, 2001;323(7314):678-681. DOI:10.1136/bmj.323.7314.678.
23. Brookmeyer R. Monitoring the health of populations: статистичні principles and methods for public health surveillance. Oxford University Press. 2004. https://books.google.com.ua/books?hl=ru&lr=&id=GfCRDAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR13&dq=monitoring+of+public+health&ots=wvEd_hZgg8&sig=yesvw05OOz5f8k0BZvX5iXANkbw&redir_esc=#v=onepage&q&f=false.
24. Krieger N, Waterman PD, Spasojevic J, et. al. Public health monitoring of privilege and deprivation with the index of concentration at the extremes. *American journal of public health*. 2016;106(2):256-263.
25. Ginzburg VG. General regional features of the dynamics of infant mortality in Ukraine: will Ukraine achieve the declared Millennium Development Goals. *Medical perspectives*, 2012;XVII(1):148-155.
26. Protciuk RG. Actual problems of co-infection tuberculosis/HIV/AIDS in Ukraine. *Tuberculosis, Lung Diseases, HIV Infection*. 2016;1:84-92.
27. Orlovskiy BM. Zakhody kryminal'no-pravovoyi protydiy derzhavy masovym infektsiynym khvorobam (koronavirusu) Pravovyy vymir konstytutsiynoyi ta kryminal'noyi yurysdyktsiyyi v Ukrayini ta sviti: 3-i yur. chytannya : mater. yuvileynoyi vseukr. dystantsiyn. nauk. konf. (Odessa, April 10, 2020). Odessa: Phoenix, 2020;166-170.
28. Vysotska OI, Golubovska OA. Actual problems of counteracting the spread of socially dangerous blood-borne viral infections in the modern system of public health in Ukraine: the role of primary health care. *Ukraine. Nation's Health*. 2018;3(50):11-16.
29. Chemerys NM, Lyubinets OV. The main trends of morbidity and prevalence of diseases associated with the consumption of psychoactive substances in Ukraine. *Acta medica Leopoliensia*. 2018;24(3):58-64. DOI:10.25040/aml2018.03.058.
30. Slabkiy GO, Zashchik NS. Analysis of population mortality rate in Ukraine as the result of deliberate self-harm. *Bulletin of social hygiene and health protection organization of Ukraine*. 2018;2(76):29-33. DOI:10.11603/1681-2786.2018.2.9366.
31. Shcherbatyuk KS, Semenova KD. Doslidzhennya vplyvu zarobitnoyi platy na riven' zhyttya naseleण्या. *Statystyka-instrument sotsial'no-ekonomichnykh doslidzhen': zbir. nauk. st. prats'. Vyp.2. Odesa, ONEU*. 2016;34-42.
32. Otkydach MV. Asymmetric of the characteristics of “Decent Work” within the aspects of regional human development. *Demography and social economy*. 2020;4(42):106-119.
33. Methods of measuring regional human development. Access path: http://www.idss.org.ua/arhiv/Metodika_RLR.zip (access date: 07.12.2021).
34. Grinenko AM, Kirilyuk VV. Osvitni indykatory v systemi sotsial'nykh indykatoriv sotsial'noyi z-hurtovanosti suspil'stva. *Herald Kamianets-Podilsky national Ivan Ohienko university. Economic sciences*. 2015; 10:282-286.
35. Grzhibovsky YL, Myronyuk IS, Lyubinets OV. Self-assessment of the state of health of the rural population. *Intermedical journal (Slovakia)*. 2019;1(13):21-28.

Дата надходження рукопису до редакції: 30.12.2021 р.

Мета роботи: проаналізувати та запропонувати групу показників для оцінки рівня громадського здоров'я в Україні та в регіональному аспекті.

Матеріали та методи. Матеріалом дослідження слугували дані Стратегії ВООЗ «Здоров'я для всіх у ХХІ столітті», ЮНЕСКО, Державної служби статистики України за розділами «Демографічна та соціальна статистика» і «Економічна статистика», Міністерства охорони здоров'я України, міністерств фінансів та економіки України, оперативних відомостей підрозділів охорони здоров'я органів державного управління. Розгляд даних здійснено з використанням методів: бібліосемантичного та системного підходу.

Результати. Для оцінки рівня громадського здоров'я в Україні та її регіонах запропоновано використовувати три групи показників: I – демографічні, II – медичної статистики, III – соціального благополуччя. У кожній групі передбачається застосовувати по 7 ключових даних, які у найбільшій мірі дають характеристику як стану медико-демографічних змін так і оцінку благополуччя населення в економічному та освітньому рівні з використанням в т. ч. методу соціологічного опитування. В представленому матеріалі подаються джерела інформації стосовно запропонованих показників.

Висновки. Представлені групи показників щодо оцінки рівня громадського здоров'я в державі дадуть можливість шляхом порівняння отриманих результатів здійснювати заходи як на рівні держави так і в регіонах для удосконалення підходів у підвищенні рівня та якості громадського здоров'я.

Ключові слова: показники, демографічні дані, медична статистика, соціальне благополуччя, Україна, регіони.

Objective: to analyze and propose a set of indicators to assess the level of public health in Ukraine and in the regional aspect.

Materials and methods. The study was based on the WHO Strategy for Health for All in the XXI Century, UNESCO, the State Statistics Service of Ukraine in the sections "Demographic and Social Statistics" and "Economic Statistics", the Ministry of Health of Ukraine, the Ministries of Finance and Economy of Ukraine, operational information of health departments of public administration. Data review was performed using the following methods: bibliosemantic and systematic approach.

Results. To assess the level of public health in Ukraine and its regions, it is proposed to use three groups of indicators: I – demographic, II – medical statistics, III – social well-being. In each group it is planned to use 7 key data, which best describe both the state of medical and demographic changes and the assessment of the well-being of the population at the economic and educational level using, including the method of opinion polls. The presented material provides sources of information on the proposed indicators.

Conclusions. The presented groups of indicators for assessing the level of public health in the country will allow by comparing the results to take measures both at the state level and in the regions to improve approaches to improving the level and quality of public health.

Key words: indicators, demographic data, medical statistics, social welfare, Ukraine, regions.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflicts of interest: absent.

Відомості про авторів

Качмарська Марта Олегівна – кандидат медичних наук, доцент, доцент кафедри психіатрії та психотерапії Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького; м. Львів, вул. Пекарська, 69.
+380 (32) 275-95-36, kachmarskamarta@gmail.com, ORCID ID 0000-0003-1104-3420.

Любінець Олег Володимирович – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри громадського здоров'я Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького; м. Львів, вул. Пекарська, 69.
+380 (50) 371-82-50, pulmo@ukr.net, ORCID ID 0000-0002-5036-6268.

Харченко Н.В.

Контекст громадського здоров'я

Полтавський державний медичний університет,
м. Полтава, Україна

Kharchenko N.V.

Public health context

Poltava State Medical University,
Poltava, Ukraine

nvkharченко1963@gmail.com

Вступ

Постановка проблеми. Громадське здоров'я визначає тенденції у шести широких сферах:

- Епідеміологічна: виникають нові хвороби, а також поява тих хвороб, які, здавалося були викорінені, глобальна епідемія неінфекційних хвороб. Відбувається зміна моделей захворювань.

- Інформаційна: проявляється в отримванні даних з безлічі різноманітних джерел, таких як соціальні медіа, які все частіше використовують дані, що загрожують здоров'ю населення. Таким чином, значно збільшується обчислювальна потужність.

- Професійна: посилення прийняття мультидисциплінарного підходу до громадського здоров'я замість традиційної моделі з медичним домінуванням.

- Концептуальна: визначення негативного впливу транснаціональних корпорацій, що продають тютюн, алкоголь та енергозберігаючу їжу, яка є рушієм глобальної епідемії неінфекційних захворювань, тобто зростаюче визнання важливості факторів, які є причиною впливу на здоров'я, і їх ролі в зростаючій захворюваності.

- Політична: зміна переконань щодо стосунків між людиною та державою.

- Розподільна: збільшення позитивного ефекту в здоров'ї в Європі з 1960-х років, яке лише зараз починає покращуватись, хоча і повільно.

Аналізу мінливого контексту громадського здоров'я присвячено дослідження Бернда Речел, Мартіна МакКі [1] та інших вчених. Але окремі теоретичні аспекти цієї проблеми для України потребують ґрунтовного опрацювання.

Постановка завдання. Громадське здоров'я повинно перебувати в стані постійного руху, оскільки як загрози, так і потенційні реакції на ці загрози змінюються. Змінам піддаються всі сфери: епідеміологічна, інформаційна, професійна, концептуальна, політична, розподільна.

Матеріали та методи

Використовувався теоретичний науковий метод. Об'єктом дослідження є контекст громадського здоров'я:

епідеміологічний, інформаційний, професійний, концептуальний, політичний, розподільний.

Результати дослідження та їх обговорення

Епідеміологічний перехід визначається як сукупність довгострокових змін, що відбуваються у захворюваннях людської популяції, а також їх причини та наслідки в економічному, демографічному та соціальному плані.

В історії людства людина почала переживати перші епідеміологічні переходи, коли кочові спільноти почали оселятися і організовуватися в більш складні цивілізації та суспільства.

Перші поселення людей страждали від різних захворювань, спричинених раптовою близькістю до тварин, яких вони використовували для транспортування та або для годування. Поява торгівлі та обміну предметами між сусідніми популяціями сприяла поширенню інших хвороб різного походження (вірусних, бактеріальних, паразитарних). Пізніше інші хвороби зачепили цивілізації, коли люди досліджували та відкривали нові середовища, а з подальшим розвитком вплив виробництва транснаціональними корпораціями став глобальним [2].

У 1971 р. Омран описав епідеміологічний перехід, так звану класичну модель, яка тривала приблизно 200 років, завдяки чому успіх у боротьбі з традиційним високим рівнем інфекційних захворювань поступається зростаючому тягарю неінфекційних хвороб. Він розділив розвиток суспільств на три окремі фази: епоха мору та голоду, що характеризувалася високою смертністю та низьким приростом населення, ера спадної пандемії, під час якої спостерігалось поступове зменшення смертності та збільшення тривалості життя, і нарешті, епоха дегенеративних та техногенних захворювань, коли смертність продовжує знижуватися і врешті-решт стабілізується на низькому рівні [1].

Омран також встановив дві інші моделі: прискорену, оскільки це відбулося за останні 50-60 років, яку зазнали регіони Східної Європи, країни колишнього СРСР та Японія і запізнену, яку характеризують країни «третього світу», де рівень народжуваності все ще високий і де смертність зменшилась із появою нових технологій

охорони здоров'я та більшою увагою уряду, особливо після Другої світової війни [2].

Будь-яке послаблення можливостей громадського здоров'я може призвести до поширення інфекційних захворювань.

На сучасному етапі простежується різке збільшення поширеності ожиріння у багатьох європейських країнах, зумовлене, головним чином, споживанням енергоємної їжі, що призводить до збільшення поширеності діабету та його ускладнення.

Багато нових загроз здоров'ю населення називають «хворобами способу життя», що свідчить про те, що люди набувають ці хвороби через свій вибір. Люди роблять свій вибір, і ігнорують тим, що мають сильну залежність від таких речовин, як алкоголь або тютюн. Для того, щоб робота в цьому напрямку була ефективною, громадське здоров'я повинно враховувати ці фактори.

Громадське здоров'я може отримати користь від значного збільшення доступності інформації про те, як люди живуть своїм повсякденним життям. Проте та сама інформація може також використовуватися на шкоду здоров'ю населення. Комерційні організації широко використовували досягнення обчислювальної потужності для детального опису нашого повсякденного життя та моделей споживання. Люди охоче підписуються на клубні картки супермаркетів. Ці джерела інформації використовуються для оптимізації маркетингових зусиль, в деяких випадках просуваючи продукти, що можуть покращити життя, але занадто часто рекламуючи ті, що завдають шкоди здоров'ю [1].

Досягнення технологій також відкривають нові можливості для індивідуальних заходів з громадського здоров'я, призначених для зміни поведінки, таких як обмін текстовими повідомленнями як допомога для відмови від куріння. Однак ті, хто рекламує продукти, що підривають здоров'я, можуть використовувати ті самі досягнення. Зокрема, алкогольна індустрія інвестувала значні кошти в соціальні мережі, такі як Facebook та Twitter, націлюючи молодих людей на постійний потік рекламних повідомлень та використовуючи їх як учасників своєї маркетингової діяльності. Ці методи обходять традиційні обмеження щодо реклами, але до цих пір громадська спільнота громадського здоров'я не спромоглася надати відповідну відповідь, хоча такі заходи, як стандартизована упаковка сигарет, порушуючи зв'язок між цими новими формами збуту та кінцевим продуктом, дають значні перспективи.

Традиційно громадським здоров'ям займалися лікарі та медсестри. Цей підхід ніколи не був особливо ефективним, але в деяких країнах він продовжує широко використовуватися.

Сучасний підхід до громадського здоров'я вимагає людей, що мають набагато ширший спектр навичок у багатьох різних дисциплінах, а також здатність працювати з іншими в мультипрофесійних командах. Політика контролю за алкоголем, наприклад, вимагає широкого спектру навичок, на додаток до традиційних навичок громадського здоров'я, таких як епідеміологія, статистика та соціологія. Сюди входять навички економіки, щоб мати

можливість пояснити політикам такі поняття, як еластичність цін; соціальна географія, щоб зрозуміти географічні детермінанти моделей споживання; та психології та інформаційних наук, щоб зрозуміти складні методи, що використовуються маркетинговими організаціями. Громадське здоров'я також відіграє все більш важливу роль у керівництві діями сектору охорони здоров'я, наприклад, у забезпеченні того, щоб послуги були сконфігуровані таким чином, щоб відображати потреби в охороні здоров'я, забезпечувати ефективну та належну допомогу та відповідати законним очікуванням населення [1].

В Україні Уряд схвалив Концепцію розвитку системи громадського здоров'я. Це допоможе створити єдину систему профілактичної медицини. Пріоритетом розвитку такої системи є принцип, при якому інтереси здоров'я мають враховуватися в усіх сферах державної політики. Це, зокрема, буде можливо через налагодження ефективного механізму співпраці з усіма центральними органами виконавчої влади, щоб обмінюватися інформацією про фактори, що впливають на стан здоров'я населення. Концепція визначає засади, напрями, завдання, механізми і строки розбудови системи громадського здоров'я з метою формування та реалізації ефективної державної політики для збереження та зміцнення здоров'я населення, збільшення тривалості та покращення якості життя, попередження захворювань, продовження активного, працездатного віку та заохочення до здорового способу життя шляхом об'єднання зусиль усього суспільства. Система громадського здоров'я – основа профілактичної медицини, що втілює основні системні заходи у сфері охорони здоров'я та спрямована на збереження як популяційного, так й індивідуального здоров'я населення [4].

Охорона здоров'я традиційно турбується про безпосередні причини хвороб. У дев'ятнадцятому столітті багато з цих причин були інфекційними, що стало дедалі більш визнаним після розвитку Пастером теорії зародків. Згодом Роберт Кох виклав свої постулати, визначивши збудника інфекції. Однак ця основна модель причинного зв'язку була недостатньою для з'ясування причин зростання неінфекційних захворювань у ХХ столітті, що змусило Бредфорд Хілл викласти свої дев'ять критеріїв причинності. Ці критерії визнали, що за відсутності випадкового розподілу осіб, які піддаються дії потенційного фактора ризику, необхідно було б користуватися різними типами інформації, щоб судити про причини хвороби. Протягом другої половини ХХ століття критерії Бредфорд-Хілла застосовувались до швидко зростаючого обсягу епідеміології факторів ризику, визначаючи роль таких факторів, як харчовий жир і цукор, тютюн, небезпечне вживання алкоголю та широкий спектр екологічних експозицій [1].

Проте, хоча це дослідження могло пояснити, чому конкретна особа захворіла на хворобу, воно не змогло пояснити, чому так багато хвороб мають соціальний характер. Іншими словами, ймовірність заразитися певною хворобою була набагато частіше в одному соціальному класі чи етнічній групі, ніж в інших.

Це зосередило увагу на тому, що стало називатися «соціальними детермінантами здоров'я». Одне із завдань, які ми намічаємо для себе – це зміна мислення стосовно здоров'я в Україні як на державному, так й на індивідуальному рівнях. Наукові публікації останніх років висвітлюють чітку тенденцію до збільшення частки соціальних та економічних детермінант у загальній їх сукупності. Це доводить вагомість соціально-економічних детермінант у формуванні здоров'я населення та необхідність вивчення їхніх структурних елементів, механізму дії в конкретних умовах і прогнозуванню на майбутнє [5].

Сфера громадського здоров'я також чітко визнала, що в суспільстві існують потужні сили, які підривають здоров'я. Тютюнова промисловість виробляє продукт, який вб'є 50% споживачів при використанні за призначенням.

Глобальна харчова система все частіше знаходиться в руках невеликої кількості транснаціональних корпорацій, які мають владу визначати, що ми споживаємо. Наприклад, широке вживання кукурудзяного сиропу з високим вмістом фруктози у фаст-фудах є наслідком системи, призначеної для просування інтересів великих американських виробників зерна. Все частіше транснаціональні корпорації розглядаються як переносники епідемії неінфекційних захворювань так само, як комарі виступають переносниками малярії. Однак, на відміну від комарів, вони здатні змінити середовище для просування власних інтересів. Вони роблять це шляхом лобіювання, щоб забезпечити, щоб правила, в яких вони діють, були якомога сприятливішими для них, а також виступали за лібералізацію торгівлі, щоб їх продукція могла проникнути на ринки країн, що розвиваються [1].

Збереження та зміцнення здоров'я населення, продовження періоду активного довголіття і тривалості життя людей, удосконалення правових, економічних та управлінських механізмів реалізації конституційних прав громадян України на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування, забезпечення гарантованого рівня надання безоплатної кваліфікованої медичної допомоги у визначеному законодавством обсязі, формування керованого ринку платних медичних послуг, сприяння діяльності закладів охорони здоров'я всіх форм власності, створення умов для задоволення потреб населення в медичних послугах, ефективне використання наявних кадрових, фінансових і матеріальних ресурсів, солідарна участь держави, роботодавців, територіальних громад та окремих юридичних і фізичних осіб у фінансуванні послуг з надання громадянам медичної допомоги – це одні із основних напрямків державної політики у сфері охорони здоров'я в Україні. Збереження здоров'я нинішніх, а тим самим і майбутніх поколінь необхідно перетворити на пріоритетну мету всієї соціально-економічної політики держави [3].

Головною метою соціального розвитку в кожній державі є збереження здоров'я людини, попередження розвитку хвороб та інвалідності, оскільки у системі

людських цінностей здоров'я має особливе значення – при його втраті або суттєвому погіршенні все інше позбувається свого сенсу. Здоров'я громадян значною мірою впливає на процеси і результати економічного, соціального і культурного розвитку країни, демографічну ситуацію і стан національної безпеки, і є важливим соціальним критерієм ступеню розвитку і благополуччя суспільства [3].

Громадське здоров'я з його вірою в колективні дії суспільства є принципово політичним. Багато аспектів охорони здоров'я узгоджено із загальними стандартами якості повітря та води та безпеки продукції [1].

Є деякі сфери, де міжнародні дії можуть забезпечити механізми, що можуть захистити здоров'я, в таких областях, як зміна клімату. У той же час зростає визнання ролі, яку місцеві, субнаціональні суб'єкти можуть відігравати у вирішенні місцевих, національних та глобальних викликів охорони здоров'я.

В Україні стан громадського здоров'я населення залишається незадовільним, що потребує нагального вирішення актуальних проблем галузі, удосконалення організації і поліпшення її діяльності [3].

Необхідно упорядкувати існуючу нормативно-правову базу щодо повноважень органів місцевого самоврядування у сфері охорони громадського здоров'я в Україні. При цьому, має бути детальне і чітке розмежування повноважень між місцевими державними адміністраціями та органами місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я; розширення повноважень органів місцевого самоврядування у сфері охорони здоров'я; виключення можливості дублювання функцій та повноважень, виходячи виключно з меж компетенції органів місцевого самоврядування, що призводить до неналежного виконання повноважень та безвідповідальності керівників відповідних органів [3].

Зараз коливання середньої тривалості життя серед європейських країн ширші, ніж чотири десятиліття тому. Недавній аналіз продемонстрував, як це, принаймні частково, відображає суттєві розбіжності у прийнятті політик громадського здоров'я, які, як відомо, є ефективними. У різних сферах політики охорони здоров'я (тютюн; алкоголь; їжа та харчування; народжуваність, вагітність та пологи; здоров'я дитини; інфекційні захворювання; виявлення та лікування гіпертонії; скринінг на рак; безпека дорожнього руху та забруднення повітря), виникли основні відмінності між країнами. У Європі Швеція та Норвегія виділяються як лідери майже у всіх сферах здорової державної політики, тоді як інші, особливо ті, що вийшли з колишнього Радянського Союзу, значно відстають. Частково це відображає відмінності в засобах для прийняття здорової політики, але це, в першу чергу, наслідок різниці в суспільній та політичній волі. Найефективнішими країнами є країни, які набрали найбільших балів за показниками самовираження в рамках Світового опитування цінностей – іншими словами, ті країни, де люди вже не турбуються про те, щоб мати основи виживання, а натомість можуть сподіватися на світле майбутнє [1].

Перспективи подальших досліджень

Перспективою подальших досліджень є розроблення шляхів реалізації визначених сфер розвитку громадського здоров'я: епідеміологічній, інформаційній, професійній, концептуальній, політичній, розподільній.

Висновки

Країни змінюються, а разом з цим і загрози здоров'ю населення, і можливості реагувати на них. Проте поки що вони досягли лише обмеженого прогресу у захисті здоров'я населення, і нерівномірно. Запропоновано ключові тенденції, які слід врахувати, та деякі шляхи подальших дій. Вже очевидно, що громадське здоров'я має взяти широку перспективу, застосовуючи на практиці своє давнє зобов'язання сприяти здоров'ю у всіх політиках.

Література

1. Bernd Rechel, Martin McKee. Facets of Public Health in Europe, Open University Press, 2014. 349 с.
2. Епідеміологічний перехід: поняття, характеристики та приклади. Режим доступу: <https://uk.warbletoncouncil.org/transicion-epidemiologica-11986>.
3. Васюк Н. О. Розвиток повноважень органів місцевого самоврядування у сфері охорони громадського здоров'я. Державне управління: удосконалення та розвиток. 2010. № 2. Режим доступу: <http://www.dy.nayka.com.ua/>
4. Концепція розвитку системи громадського здоров'я. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 1002-р. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/>
5. Шушпанов Д.Г. Детермінанти здоров'я населення: суть та особливості систематизації. Демографія та соціальна економіка, 2015, № 2 (24). С. 141–152.
6. Долот В. Д. Основні напрями та пріоритети реформування сфери охорони здоров'я в Україні. Державне управління: удосконалення та розвиток. 2012. № 12. Режим доступу: <http://www.dy.nayka.com.ua/>

References

1. Bernd Rechel, Martin McKee. (2014), Facets of Public Health in Europe, Open University Press, London, UK.
2. Epidemiological transition: concepts, characteristics and examples. Access mode: <https://uk.warbletoncouncil.org/transicion-epidemiologica-11986>.
3. Vasyuk N. O. (2010), "Developing the powers of local governments in the field of public health". Derzhavne upravlinnya: udoskonalennya ta rozvytok. vol.2, Access mode: <http://www.dy.nayka.com.ua/>
4. The concept of public health development. Rozporyadzhennya Kabinetu Ministriv Ukrayiny vid 30 lystopada 2016 r. № 1002-r. Access mode: <https://zakon.rada.gov.ua/>
5. Shushpanov D.H. (2015), "Determinants of public health: the essence and features of systematization". Demohrafiya ta sotsial'na ekonomika, vol. 2 (24). pp. 141–152.
6. Dolot V. D. (2012), "The main directions and priorities of health care reform in Ukraine". Derzhavne upravlinnya: udoskonalennya ta rozvytok. vol. 12. Access mode: <http://www.dy.nayka.com.ua/>

Дата надходження рукопису до редакції: 27.01.2022 р.

Мета дослідження. Громадське здоров'я повинно перебувати в стані постійного руху, оскільки як загрози, так і потенційні реакції на ці загрози змінюються.

Матеріали та методи. Використовувався теоретичний науковий метод. Об'єктом дослідження є контекст громадського здоров'я: епідеміологічній, інформаційній, професійній, концептуальній, політичній, розподільній.

Результати. В статті висвітлюються тенденції розвитку громадського здоров'я в шести сферах: епідеміологічній, інформаційній, професійній, концептуальній, політичній, розподільній. Епідеміологічний перехід описаний класичною, прискореною і запізненою моделями. Доведено, що будь-яке послаблення можливостей громадського здоров'я може призвести до поширення інфекційних захворювань. Громадське здоров'я може отримати користь від значного збільшення доступності інформації про те, як люди живуть своїм повсякденним життям. Проте та сама інформація може також використовуватися на шкоду здоров'ю населення. Сучасний підхід до громадського здоров'я вимагає людей, що мають широкий спектр навичок у багатьох різних дисциплінах. Охорона здоров'я традиційно турбується про безпосередні причини хвороб. Громадське здоров'я з його вірою в колективні дії суспільства є принципово політичним.

Висновки. В Україні стан громадського здоров'я населення залишається незадовільним, що потребує нагального вирішення актуальних проблем галузі, удосконалення організації і поліпшення її діяльності.

Ключові слова: громадське здоров'я, епідеміологічній, інформаційній, професійній, концептуальній, політичній, розподільній.

The aim. Public health must be constantly on the move, as both threats and potential responses to these threats change.

Materials and methods. The theoretical scientific method was used. The object of research is the context of public health: epidemiological, informational, professional, conceptual, political, distributive.

Results. The article highlights the trends in public health in six areas: epidemiological, informational, professional, conceptual, political, distributive. The epidemiological transition is described by classical, accelerated and delayed models. It has been proven that any reduction in public health opportunities can lead to the spread of infectious diseases. Public health can benefit from a significant increase in the availability of information about how people live their daily lives. However, the same information can also be used to the detriment of public health. A modern approach to public health requires people with a wide range of skills in many different disciplines. Healthcare has traditionally been concerned about the immediate causes of disease. Public health, with its belief in the collective action of society, is fundamentally political. In Ukraine, the state of public health remains unsatisfactory, which requires an urgent solution to current problems of the industry, improving the organization and improving its activities.

Public health must be constantly on the move, as both threats and potential responses to these threats change. It identifies trends in six broad areas:

Epidemiological: new diseases are emerging, as well as the emergence of those diseases that seemed to have been eradicated, a global epidemic of noncommunicable diseases. There is a change in disease patterns.

Informational: manifested in obtaining data from many different sources, such as social media, which are increasingly using data that threatens the health of the population. Thus, the computing power is significantly increased.

Professional: Strengthen the adoption of a multidisciplinary approach to public health instead of the traditional model of medical dominance.

Conceptual: Identify the negative impact of multinational corporations selling tobacco, alcohol and energy-saving food, which is driving a global epidemic of noncommunicable diseases, ie the growing recognition of the importance of health factors and their role in growing morbidity.

Political: changing beliefs about the relationship between man and the state.

Distributive: the increase in health benefits in Europe since the 1960s, which is only now beginning to improve, albeit slowly.

Conclusions. In Ukraine, the state of public health remains unsatisfactory, which requires an urgent solution to current problems of the industry, improving the organization and improving its activities.

Key words: public health, epidemiological, informational, professional, conceptual, political, distributive.

Відомості про автора

Харченко Н.В. – доктор економічних наук, доцент, доцент кафедри соціальної медицини, громадського здоров'я, організації та економіки охорони здоров'я з лікарсько-трудовою експертизою, Полтавський державний медичний університет; м. Полтава, 36000, пров. Трудовий, 15 а.
nvkharchenko1963@gmail.com, ORCID ID 0000-0001-8668-1596.

Лепканич А.О., Миронюк І.С.

Оцінка рівня залученості до інтернету студентської молоді в період карантинних обмежень, пов'язаних з пандемією COVID-19

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

Lepkanych A.O., Myronyuk I.S.

The assessment of the level of students' involvement in the internet during the quarantine restrictions related to the COVID-19 pandemic

Uzhhorod National University,
Uzhhorod, Ukraine

anna.lepkanych@uzhnu.edu.ua, ivan.mironyuk@gmail.com

Вступ

Не зважаючи на всі переваги масової комп'ютеризації населення, цей процес має серйозні соціальні наслідки, включаючи проблему інтернет-залежності, що стала світовим феноменом. На сьогодні рівень інтернет-залежності населення, зокрема молоді, коливається в залежності від рівня соціально-економічного розвитку країни, місця проживання (сільська, міська місцевість, мегаполіс) та низки інших факторів. В той же час, спостерігаються тенденції до зростання рівнів інтернет-залежності саме серед населення великих міст [1].

На сьогодні Інтернет перестав бути просто системою зберігання й передачі надвеликих обсягів інформації й став новим шаром нашої повсякденної реальності й сферою життєдіяльності величезної кількості людей. У результаті цього, у користувачів комп'ютерних мереж виникає ряд психологічних феноменів – інтересів, мотивів, цілей, потреб, установок, а також форм психологічної й соціальної активності, безпосередньо пов'язаних із цим новим середовищем [2]. За даними Statista і Internet World Stats, у 2010 році кількість користувачів Інтернету в усьому світі складала понад 1,9 млрд людей. Протягом наступних п'яти років ця цифра зросла на 66% до 3,2 млрд і продовжувала рости. У 2019 цифрове населення світу досягло 4,5 млрд, що на 8% більше, ніж у 2018 році. Кількість українських інтернет-користувачів також зросла на 2 млн, що на 33% більше, ніж за 2019 рік і на початку 2021 становила майже 30 млн, тобто близько 67% населення країни [3].

Дослідження технологічної аддикції і залежності від комп'ютера ведуться вже з початку 90-х років. Проте сам термін «інтернет-залежність» запропонував психолог А. Голдберг у 1995 році для опису патологічного потягу до використання інтернету. Діагностичні критерії розладу в цілому відповідають критеріям DSM-IV для нехімічних залежностей: 1) використання комп'ютера викликає дистрес; 2) використання комп'ютера заподіює шкоду фізичному, психологічному, міжособистісному, сімейному, економічному чи соціальному статусу [4].

На тлі пандемії та карантинних обмежень зростає попит населення на ресурси мережі Інтернет та соціальні мережі. Пандемія корона вірусу помітно вплинула на структуру споживання інформації. Ще однією тенденцією є те, що використання соціальних медіа зросло – в липні 2020 р. зафіксовано на 10,5% більше, ніж у липні 2019 р. Усе більше аспектів життя та роботи переходить до онлайн, тож змінюється і час, коли ми найбільше відвідуємо соціальні платформи. Загалом, протягом дня спостерігається збільшення використання соціальних мереж, особливо протягом робочих годин. Після закінчення робочого дня спадає відвідуваність соціальних медіа через домашні турботи [5]. Оскільки сьогодні обійтися без Інтернету неможливо, необхідна розробка поведінкових моделей, які б формували раціональний баланс між віртуальним і реальним світом, особливо серед молоді.

Мета дослідження: вивчити і оцінити зміни рівня щоденної залученості до інтернету студентської молоді в періоди очного і дистанційного навчання, пов'язаними з карантинними обмеженнями пандемії COVID-19.

Матеріали та методи

Для досягнення поставленої мети було використано метод спеціального соціологічного дослідження, медико-статистичний та метод порівняльного аналізу. Основою став метод анонімного опитування з використанням оригінальної анкети, сформованої у форматі Google-форми. Власне опитувальник містив 15 закритих питань з варіантами відповіді, які були розділені умовно на два блоки: блок питань соціально-демографічної характеристики респондентів та блок питань для оцінки щоденної залученості опитаних до роботи у мережі Інтернет (в годинах на добу) у різні періоди навчання в умовах карантинних обмежень різного рівня, зумовлених епідемією COVID-19. Цільова група дослідження – студенти Державного вищого навчального закладу «Ужгородський національний університет» денної форми навчання. Опитування проводилося серед студентів п'яти

факультетів усіх курсів навчання шляхом розсилання Google-форми через корпоративні електронні адреси. Дане опитування проводилося в період тимчасового дистанційного навчання в умовах суворих карантинних обмежень: протягом другого тижня листопада 2021 року. Групування респондентів за рівнем залученості до роботи в мережі Інтернет проводилося за показником кредиту часу роботи в мережі на добу в періоди класичного очного навчання та дистанційного навчання в умовах карантинних обмежень. Всього було сформовано 4 варіанти самооцінки респондентами рівня залученості: менше 1 години на добу; 2-3 години на добу; 4-6 годин на добу та 7 годин і більше. Обробка результатів дослідження проводилася з використанням пакету прикладних програм MS Office 2010.

Результати дослідження та їх обговорення

За результатами проведеного соціологічного дослідження було отримано 523 анкети респондентів. В дослідженні брали участь здобувачі освіти денної форми навчання, різних курсів 5 факультетів університету: «Географічний факультет», «Факультет здоров'я та фізичного виховання», «Факультет історії та міжнародних відносин», «Факультет математики та цифрових технологій» та «Факультет суспільних наук». Розподіл респондентів соціологічного дослідження за факультетами та рівень охоплення від загального контингенту здобувачів освіти денної форми навчання представлено в таблиці.

Таблиця. Розподіл респондентів за факультетами навчання та рівень охоплення від загального контингенту здобувачів освіти денної форми навчання

Факультет	Надано анкет здобувачів освіти	Контингент здобувачів освіти денної форми навчання	Рівень охоплення опитуванням контингенту здобувачів освіти (%)
Географічний	82	193	42,5
Здоров'я та фізичного виховання	199	452	44,0
Історії та міжнародних відносин	126	350	36,0
Математики та цифрових технологій	80	188	42,6
Суспільних наук	36	299	12,0
Всього	523	1482	35,3

Як представлено в таблиці, опитуванням охоплено загалом 35,3% здобувачів освіти даного рівня освіти на залучених до дослідження факультетах. Рівень охоплення за факультетами різнився і склав від 12% студентів на факультеті суспільних наук до 44% на факультеті здоров'я та фізичного виховання.

Найбільше анкет отримано від здобувачів освіти денної форми навчання факультету здоров'я та фізичного виховання та факультету історії та міжнародних відносин – 199 та 126, відповідно. Отже, частка представників даних факультетів серед опитаних студентів є найбільшою (рис. 1).

На якому факультеті Ви навчаєтесь?
523 відповіді



Рис. 1. Частка представників факультетів серед респондентів дослідження (%)

Аналіз соціально-демографічних характеристик показав, що серед опитаних більшість (353 особи (67,5% респондентів)) жіночої статі, хлопців – 170 респондентів (32,5% опитаних). Вік респондентів коливався від 18 до

21 року. Переважна більшість опитаних є студентами молодших курсів (1 та 2 років навчання) – 204 та 145, осіб відповідно, що склало у сумі 66,7% опитаних. Найменшу частку з респондентів складають здобувачі освіти

випускного курсу (четвертий рік навчання в бакалавраті) – 69 респондентів (13,2% опитаних).

Ключовими питаннями проведеного анкетування являються питання, які стосувалися обсягу часу, який респонденти на добу проводять в мережі Інтернет в різні періоди організації освітнього процесу: під час очного та дистанційного навчання в умовах карантинних обмежень. А саме, це питання: «Скільки часу на добу Ви проводили за інтернетом до переведення на дистанційне навчання та карантину?» та «Скільки часу проводите за інтернетом під час дистанційного навчання?». У процесі аналізу анкет нами, за показником, вказаним респондентами обсягу часу в годинах на добу перебування в мережі Інтернет, було сформовано групи респондентів. При формуванні груп

ми орієнтувалися на типологію інтернет-залежності, запропонованою Варламова С. Н., Гончарова Е.Р., Соколова І.В. (2015) [1]. В результаті було проведено поділ на три основні групи, де група №1 «низька залученість до Інтернету» – це ті респонденти, які вказали, що проводять менше однієї години або 2-3 години на добу в мережі Інтернет, група № 2 «середня залученість до Інтернету» – 4-6 годин на добу та група № 3 «висока залученість до Інтернету» – більше 7 годин на добу.

Результати проведеного розподілу респондентів по групам під час очного і дистанційного навчання за аналізом відповідей на визначені питання анкети представлено на рис. 2.

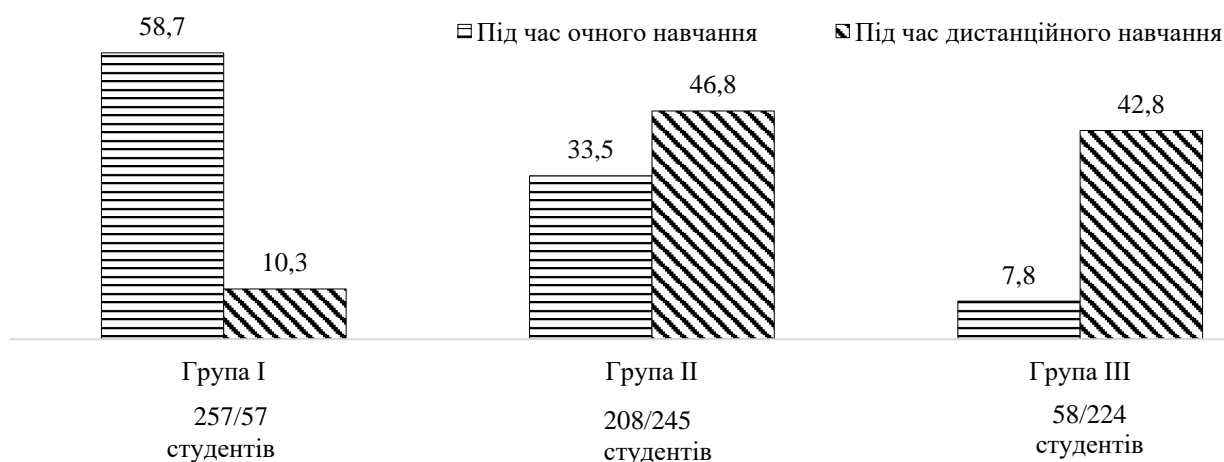


Рис. 2. Розподіл респондентів за групами залученості до Інтернету під час очного і дистанційного навчання (n=523)

Як представлено на рис. 2, під час очного навчання більшість опитаних здобувачів освіти проводили в мережі Інтернет менше 3 годин на добу (група 1 «низька залученість до Інтернету» – 257 респондентів, що склало 58,7% опитаних студентів. Група 3 «висока залученість до Інтернету» під час очного навчання виявилась незначною за своєю чисельністю – лише 7,8 % респондентів (58 студентів) вказали, що перебували в мережі більше 7 годин. Під час дистанційного навчання розподіл респондентів за групами суттєво відрізняється. Так, група 1 склала лише 10,3 % опитаних (57 респондентів), що є відображенням переходу значної частки – 200 респондентів, що складає 38,2% усіх опитаних – в групи 2 та 3. Це природно, адже перехід на дистанційне навчання передбачає проведення занять через платформи он-лайн конференцій та електронного навчання. Згідно директивних документів університету, в період електронного дистанційного навчання передбачено не більше 6 академічних годин (4,5 астрономічних годин) аудиторних (дистанційних) занять під керівництвом викладача. Відповідно, значно зросла частка респондентів в групах 2 та 3 в період дистанційного навчання. Так, звертає на себе увагу збільшення частки опитаних, які проводять в мережі Інтернет щоденно більше 7 годин: з

7,8% респондентів під час очного навчання до 42,8% під час дистанційного. Це насторожує, адже за окремими формальними ознаками [6] є ризики розвитку інтернет-залежності у даній категорії студентів, особливо зважаючи на тривалі періоди дистанційного навчання в умовах карантинних обмежень. Крім того, необхідно враховувати, що такі суттєві зміни розподілу часу на різні форми активності протягом доби можуть призводити до формування шкідливих поведінкових моделей, які можуть стати стійкими і після виходу студентської молоді з дистанційного навчання на очне.

Перспективи подальших досліджень будуть полягати у більш глибокому вивченні особливостей залученості до Інтернету різних категорій студентської молоді і впливу цих явищ на формування окремих поведінкових моделей в умовах карантинних обмежень, зокрема харчових.

Висновки

Як показали результати проведеного дослідження, під час очного навчання більшість опитаних здобувачів освіти проводили в мережі Інтернет менше 3 годин на

добу – 257 респондентів, що склало 58,7% опитаних студентів. Група опитаних, які під час очного навчання перебували в мережі більше 7 годин склала лише 7,8% респондентів (58 студентів). Під час дистанційного навчання розподіл респондентів за групами суттєво відрізняється. Так, група 1 склала лише 10,3% опитаних (57 респондентів), що є відображенням переходу значної частки – 200 респондентів, що складає 38,2% усіх опитаних – в групи 2 та 3. При цьому 42,8% опитаних студентів під час дистанційного навчання проводять в

мережі Інтернет 7 і більше годин на добу. В таких умовах є ризики розвитку інтернет-залежності у даній категорії студентів, особливо зважаючи на тривалі періоди дистанційного навчання в умовах карантинних обмежень. Такі суттєві зміни розподілу часу на різні форми активності протягом доби можуть призводити до формування шкідливих поведінкових моделей, які можуть стати стійкими і після виходу студентської молоді з дистанційного навчання на очне.

Література

1. Варламова С. Н., Гончарова Е.Р., Соколова И.В. Интернет-зависимость среди молодежи мегаполисов: критерии и типология. Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены [Интернет]. 2015; 2 (126): 165-182. [цитовано 2022 січня 20]; Доступно на: <https://monitoringjournal.ru/index.php/monitoring/article/view/1232/998>. DOI:10.14515/monitoring.2015.2.11
2. Немеш О. М. Психологічні дослідження Інтернет-залежності. Технології розвитку інтелекту. [Интернет] 2014; Т. 1 Вип. 6. [цитовано 2022 січня 21]; Доступно на: [file:///C:/Users/User/Downloads/tri_2014_1_6_16%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/tri_2014_1_6_16%20(1).pdf).
3. За рік карантину кількість українських користувачів в соціальних мережах зросла на 7 млн і досягла 60% населення країни. GlobalLogic. [Интернет] [цитовано 2022 січня 21]; Доступно на: <https://www.globallogic.com/ua/about/news/social-media-during-quarantine/>
4. Турецька Х. Інтернет-залежність як предмет психологічного дослідження. Вісник Львівського університету. 2007. Вип. 10. С. 365–375.
5. Пандемія і соціальні мережі: що змінилося у 2020-му? Громадський простір. [Интернет] [цитовано 2022 січня 21]; Доступно на: <https://www.prostir.ua/?kb=pandemiya-i-sotsialni-merezhi-scho-zminylosya-u-2020-mu>
6. Мартынова О.С. Критерии оценки Интернет-зависимости. Психотерапия и консультирование. Генезис. 2002; 3: С. 27–30.

References

1. Varlamova S. N., Goncharova E.R., Sokolova I.V. Internet-zavisimost sredi molodezhi megapolisov: kriterii i tipologiya. Monitoring obschestvennogo mneniya: ekonomicheskie i sotsialnyie peremenyi [Internet]. 2015; 2 (126): 165-182. [tsitovano 2022 sichnya 20]; Dostupno na: <https://monitoringjournal.ru/index.php/monitoring/article/view/1232/998>
2. Nemesh O. M. Psykholohichni doslidzhennia Internet-zalezhnosti. Tekhnolohii rozvytku intelektu. [Internet] 2014; T. 1 Vyp. 6. [tsytovano 2022 sichnia 21]; Dostupno na: [file:///C:/Users/User/Downloads/tri_2014_1_6_16%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/tri_2014_1_6_16%20(1).pdf)
3. Za rik karantynu kil'kist ukrainskykh korystuvachiv v sotsialnykh merezhakh zrosla na 7 mln i dosiahla 60% naselennia krainy. GlobalLogic. [Internet] [tsytovano 2022 sichnia 21]; Dostupno na: <https://www.globallogic.com/ua/about/news/social-media-during-quarantine/>
4. Turetska Kh. Internet-zalezhnist yak predmet psykholohichnoho doslidzhennia. Visnyk Lvivskoho universytetu. 2007. Vyp. 10. S. 365–375.
5. Pandemiia i sotsialni merezhi: shcho zminylosia u 2020-mu? Hromadskyi prostir. [Internet] [tsytovano 2022 sichnia 21]; Dostupno na: <https://www.prostir.ua/?kb=pandemiya-i-sotsialni-merezhi-scho-zminylosya-u-2020-mu>
6. Martynova O.S. Kriterii otsenki Internet-zavisimosti. Psihoterapiya i konsultirovanie. Genezis. 2002; 3: S. 27–30.

Дата надходження рукопису до редакції: 16.02.2022 р.

Метою дослідження є вивчення і оцінка зміни рівня щоденної залученості до інтернету студентської молоді в періоди очного і дистанційного навчання, пов'язаними з карантинними обмеженнями пандемії COVID-19.

Матеріали та методи. В ході виконання дослідження було використано загальнонаукові та спеціальні методи: медико-статистичний та метод порівняльного аналізу. Основу дослідження склав соціологічний метод, що передбачав анонімне опитування з використанням оригінальної анкети, сформованої у форматі Googl-форми, студентів денної форми навчання 5 факультетів Ужгородського національного університету та статистична обробка результатів.

Результати. У ході виконаного дослідження було виявлено, що під час очного навчання більшість опитаних здобувачів освіти проводили в мережі Інтернет менше 3 годин на добу (58,7% опитаних студентів). Група опитаних, які під час очного навчання перебували в мережі більше 7 годин склала лише 7,8 % респондентів. Під час дистанційного навчання розподіл респондентів за групами суттєво відрізняється. Так, група 1 склала лише 10,3 % опитаних (, що є

відображенням переходу значної частки (38,2%) усіх опитаних в групи 2 та 3. При цьому 42,8% опитаних студентів під час дистанційного навчання проводять в мережі Інтернет 7 і більше годин на добу.

Висновки. В умовах, що склалися є ризики розвитку інтернет-залежності у даної категорії студентів, особливо зважаючи на тривалі періоди дистанційного навчання в умовах карантинних обмежень. Такі суттєві зміни розподілу часу на різні форми активності протягом доби можуть призводити до формування шкідливих поведінкових моделей, які можуть стати стійкими і після виходу студентської молоді з дистанційного навчання на очне.

Ключові слова: інтернет-залежність, студентська молодь, дистанційне навчання.

The aim of the study is to investigate and evaluate the change in the level of university students' daily involvement of in the Internet during periods of full-time and distance learning related to the quarantine restrictions of the COVID-19 pandemic.

Methods. During the research there were used general and special methods: the medical-statistical and the method of comparative analysis. The study was based on the sociological method, which involved an anonymous survey with the original questionnaire, so called Google-form, of full-time students of 5 faculties of Uzhhorod National University as well as the statistical processing of the results.

Results. In the course of the study it was found that during full-time study, most of the surveyed students spent less than 3 hours a day on the Internet (58.7% of surveyed students). The group of respondents who spent more than 7 hours online during face-to-face training was 7.8% of respondents. During online learning, the distribution of respondents by groups differs significantly. Thus, group 1 made up only 10.3% of respondents, which is a reflection of the transition of a significant proportion (38.2%) of all respondents in groups 2 and 3. At the same time 42.8% of surveyed students spend 7 and more hours per day on the Internet during the period of distance learning.

Conclusion. In the current conditions of the long periods of distance learning and quarantine restrictions there are risks of Internet addiction in this category of students. Such significant changes in the distribution of time for various forms of activities during the day can lead to the formation of harmful behavioral patterns that can become sustainable even after the students come back to the full-time form of studying.

Key words: Internet addiction, university students, distance learning.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflicts of interest: absent.

Відомості про авторів

Лепканич А.О. – аспірант кафедри наук про здоров'я ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Україна, 88000.
anna.lepkanych@uzhnu.edu.ua.

Миронюк І.С. – доктор медичних наук, професор, декан факультету здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Україна, 88000.
ivan.mironyuk@gmail.com.

Скиба О.О., Корнус О.Г., Тонкопей Ю.Л., Корнус А.О.

Skyba O., Kornus O., Tonkopei Yu., Kornus A.

Державна політика в сфері громадського здоров'я в період пандемії COVID-19 як фактор сталого соціально-економічного розвитку

State policy in the sphere of public health during the COVID-19 pandemic as a factor of sustainable socio-economic development

Сумський державний педагогічний університет імені А.С.Макаренка, м. Суми, Україна

Sumy State Pedagogical University named after A.S. Makarenko, Sumy, Ukraine

skybaolha@gmail.com

Вступ

Система громадського здоров'я спрямована на вирішення актуальних проблем збереження та зміцнення здоров'я населення, продовженні активного довголіття населення і як наслідок, зменшенні економічних втрат внаслідок передчасної смертності економічно активного населення [1]. Важливими детермінантами здоров'я є демографічні процеси, відтворення населення, смертність, стан навколишнього середовища, поширеність соціально значущих хвороб (хвороби системи кровообігу, онкологічні захворювання, розлад психіки та поведінки, стан репродуктивного здоров'я, травматизм тощо) та соціально небезпечних (туберкульоз, ВІЛ/СНІД, інфекційні гепатити, алкоголізм, наркоманія тощо) [2,3]. Формування та розвиток системи громадського здоров'я є можливим через створення сприятливих умов для демографічного оздоровлення і забезпечення сталої тенденції до підвищення якості демографічного потенціалу.

Демографічний потенціал країни є визначальним фактором стабільного економічного та соціального її розвитку, а проблеми демографічного характеру доречно б розглядати як першочергові інтереси держави, адже саме негативні явища у демографічній сфері (низька народжуваність, висока смертність, значна міграція, високий рівень загальної захворюваності населення та поширеності хвороб) можуть стати дестабілізуючими чинниками суспільно політичного життя, створювати небезпеку національним інтересам країни [3,4].

У Національній доповіді «Цілі Сталого Розвитку: Україна», зокрема в межах цілі 3, визначено пріоритетним завданням знизити передчасну смертність від неінфекційних захворювань. Реалізація цього завдання здійснюється через Національний план заходів щодо неінфекційних захворювань для досягнення глобальних цілей сталого розвитку, ухвалений в межах виконання Угоди про Асоціацію України та ЄС у напрямку реформи системи громадського здоров'я. Проте на сьогодні сфера охорони здоров'я України зазнала кардинальних змін

через спалах коронавірусної хвороби (COVID-19) та стала справжнім випробуванням для становлення та розвитку системи громадського здоров'я як основи профілактичної медицини, а висока швидкість її поширення як у всьому світі, так і в Україні, потребує прийняття ефективних управлінських рішень у сфері охорони здоров'я [5].

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Аналіз міжнародного досвіду шляхів подолання наслідків економічної кризи, пов'язаної з пандемією COVID-19, свідчить про провадження заходів щодо збільшення державних витрат на охорону здоров'я, відміну (зменшення) податків, підтримання працівників, які втратили роботу, зниження процентних ставок, тощо [5,6].

Організацією економічного співробітництва та розвитку було рекомендовано антикризові заходи, які спрямовані на зменшення економічних втрат від поширення COVID-19, за чотирма основними напрямками: 1) соціальна політика (забезпечення медичного персоналу необхідними ресурсами; зменшення несприятливих наслідків для вразливих соціальних груп; формування гнучких схем робочого часу із збереженням робочих місць та оплати праці; надання тимчасової допомоги, страхування від безробіття, надання гарантій покриття медичних витрат); 2) фіскальна політика (фіскальна підтримка щодо забезпечення лікарськими засобами, медичним устаткуванням та супутніми товарами; надання податкових канікул, звільнення або відстрочення податкових платежів для малого та середнього бізнесу); 3) бюджетна політика (збільшення видатків на фінансування медичних закладів та на заходи підтримки підприємницького сектору; недопущення надмірного зростання державного боргу); 4) грошово-кредитна (монетарна) політика (забезпечення належної ліквідності; тимчасове зменшення резервів банків; зниження процентних ставок тощо) [7].

За прогнозами МВФ, у 2022 році світова економіка зросте на 6%. Цей прогноз більшою мірою стосується країн із розвинутою економікою, порівняно із країнами з ринком, що формується, і країн, що розвиваються. Розрив

у відновленні економіки різних країнах пов'язаний із різним доступом до вакцин та фінансової підтримки, проте світова економіка не зможе повністю відновитись та почати зростати, доки не завершиться пандемія коронавірусу [8].

Експерти МВФ на 2021 рік прогнозували зростання ВВП США на 7%, в Єврозоні на 4,6%, в Японії – 2,8%, у Китаї – 8,1%, в Індії – 9,5%, в Україні – на 4% [8].

За оцінками Організації з економічного співробітництва та розвитку (ОЕСР) у 2022 році зростання світового ВВП буде на рівні 4,4%. ОЕСР пов'язує таке зростання із збільшенням темпів вакцинації, пом'якшеннями карантинних обмежень та адаптацією економік до функціонування в нових умовах [7].

У країнах, в яких доступ до вакцин і можливості для держпідтримки обмежені, відновлення економіки буде стриманим, а до тих пір поки більша частина населення світу не буде вакцинована, тобто ризик нових спалахів буде високим, доти відновлення буде нерівномірним та залишатимуться виражені розбіжності в економічних перспективах різних країн [9,10].

В умовах надзвичайної ситуації біологічного характеру сфера охорони здоров'я потребує прийняття ефективних управлінських рішень, спрямованих на збереження здоров'я та життя громадян, подолання пандемічних наслідків з мінімальними економічними наслідками та збереження кадрових та інфраструктурних резервів галузі, які є вкрай необхідними для боротьби з новими біологічними загрозами [11,12].

Метою статті було оцінити ефективність діяльності системи громадського здоров'я в Україні на прикладі демографічних показників в період пандемії COVID-19.

Матеріали та методи

У роботі використано аналітичний, статистичний методи дослідження, метод системного підходу та порівняльного аналізу. Інформаційною базою дослідження слугували експрес-випуски Державної служби статистики України [13] та Міністерства фінансів України про поширення коронавірусної інфекції в Україні [14].

Результати дослідження та їх обговорення

Розвиток громадського здоров'я в Україні здійснюється в межах Європейської політики «Здоров'я-2020», правової бази ВООЗ, Європейського бюро ВООЗ, міжнародних договорів України в сфері охорони здоров'я.

Діяльність у сфері громадського здоров'я зосереджена на трьох основних напрямках: захист здоров'я, профілактика захворювань і зміцнення (промоція) здоров'я [15].

На сьогодні створені Центри контролю та профілактики хвороб Міністерства охорони здоров'я України, на які покладено функцію проведення соціально-гігієнічного моніторингу, промоцію здорового способу життя.

Негативна динаміка демографічних процесів, зумовлених змінами природних і міграційних складових

демографічного розвитку країни та її регіонів спостерігається в Україні впродовж останніх десятиліть. Станом на 01 січня 2021 року, чисельність постійного населення України (без тимчасово окупованих територій Криму, Севастополя та частини Донбасу) становила 41 402,0 осіб [13]. Тобто, за період з 1991 року, Україна втратила понад 10 млн свого населення. За прогнозами Міжнародного валютного фонду (МВФ), чисельність населення України буде знижуватися й надалі приблизно на 30% до 2050 року [8]. Основною причиною такого скорочення є від'ємний природний приріст – перевищення кількості померлих над кількістю народжених.

Коефіцієнт природного приросту (скорочення) має географічні особливості, який характеризується найбільшими від'ємними значеннями в північному, північно-східному та східному регіонах країни: Чернігівська (-13,8%), Сумська (-12,2%), Полтавська (-11,5%), Запорізька (-11,2%), Дніпропетровська (-10,8%), Харківська області (-10,4%) (рис. 1).

Така ситуація в цих регіонах простежується вже не перший рік і пов'язана із міграційним рухом населення, нестабільною економічною ситуацією, погіршенням екологічного стану навколишнього середовища та високим рівнем загальної захворюваності населення, зокрема хронічної неінфекційної патології тощо.

Однак і регіони центральної частини України (Кіровоградська та Черкаська області) мають високі коефіцієнти природного скорочення їх населення (по -11,4% відповідно), що викликає суттєве занепокоєння.

Протягом останніх десятиліть у структурі смертності населення України основними причинами були хвороби системи кровообігу, новоутворення та зовнішні причини. У 2021 році (перші десять місяців) кількість померлих становила 562 137 жителів, серед яких у 61,73% людей причиною смерті стали хвороби системи кровообігу (зокрема ішемічна хвороба серця (43,09%) та цереброваскулярні хвороби (11,93%). Новоутворення стали причиною смерті серед 11,04% населення. У 2020 році до причин смерті додався й клас «XXII. Коди для особливих цілей». До цього класу віднесено показник смертності внаслідок коронавірусної хвороби (COVID-19), який у 2021 році зайняв третє місце та став причиною смерті серед 9,80% усіх померлих осіб.

За даними офіційної статистики, за перші десять місяців 2021 року, пікові показники смертності населення з коронавірусною хворобою були встановлені у жовтні місяці (15 068 осіб), тоді як найменша кількість летальних випадків була зафіксована в літній період [14] (рис. 2).

Однак, коронавірусна хвороба COVID-19 могла бути як основним захворюванням, яке стало причиною смерті, так і ускладненням хронічної неінфекційної патології (серцево-судинні, онкологічні захворювання, захворювання дихальних шляхів, діабет, тощо). Тобто, необхідність профілактики хронічних неінфекційних захворювань набуває особливого значення в період пандемії, адже хворі на ці захворювання є групою ризику з тяжким перебігом COVID-19.

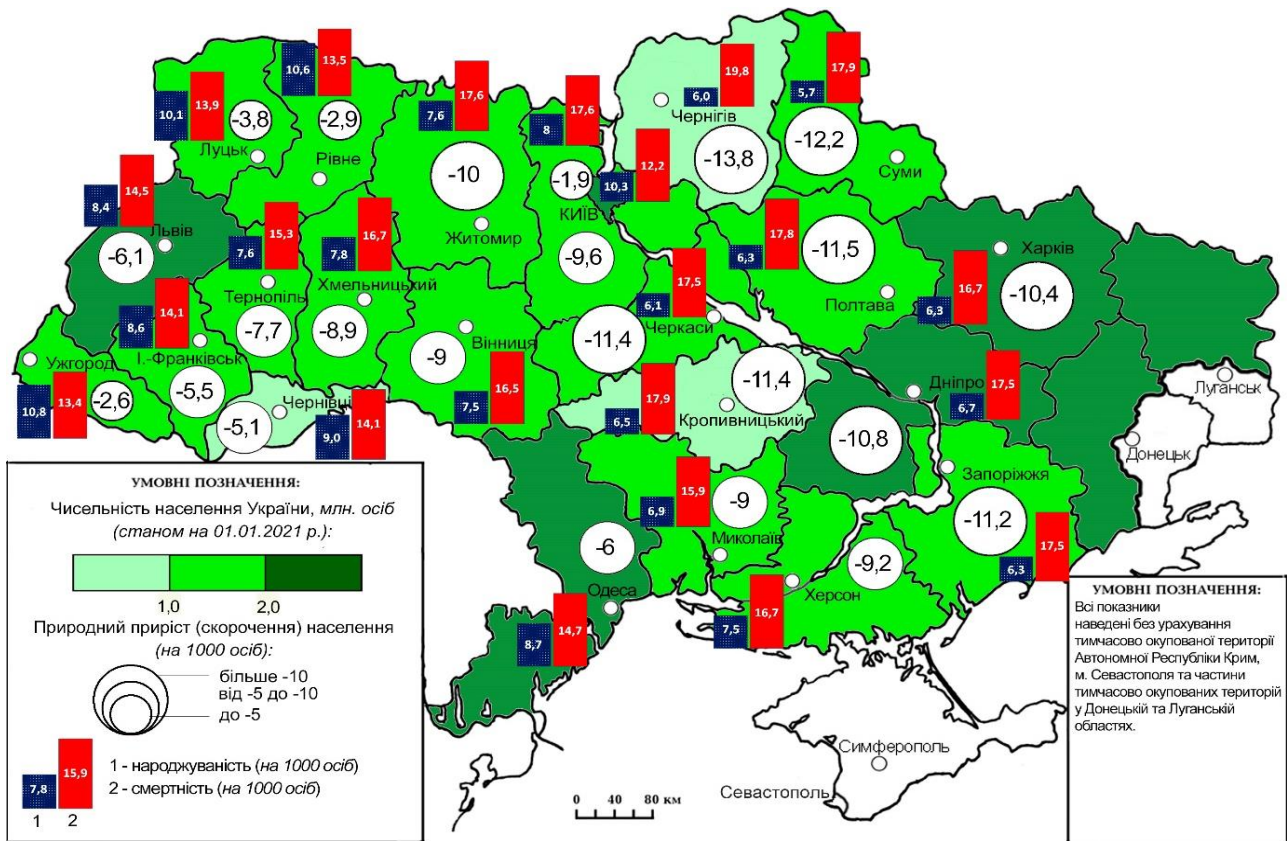


Рис. 1. Демографічна ситуація в Україні станом на 01.01.2021 р. (побудовано за даними [16])



Рис. 2. Динаміка летальних випадків серед осіб із коронавірусною хворобою COVID-19 у 2021 році

Побудова сучасної системи громадського здоров'я базується на профілактиці захворюваності населення та підготовці висококваліфікованих кадрів. Саме кадровий потенціал на сьогодні є одним із пріоритетних завдань системи охорони здоров'я [17,18].

З прагненням України орієнтуватися на міжнародну кваліфікаційну рамку спеціальностей, медико-профілактичні факультети, які функціонували в структурі медичних закладів вищої освіти та готували

висококваліфікованих епідеміологів, вірусологів, бактеріологів та лікарів-гігієністів були ліквідовані так само як і основа профілактичної медицини – система Державної санітарно-епідеміологічної служби України (далі – Держсанепідслужба). Основною причиною ліквідації Держсанепідслужби було визначено не виконання нею функцій охорони громадського здоров'я та звинувачення у корупції.

Проте, Держсанепідемслужба вирішувала більшість завдань в сфері громадського здоров'я, таких як: популяційна профілактика інфекційної та неінфекційної захворюваності, епідеміологічний нагляд і контроль, проведення соціально-гігієнічного моніторингу та багато інших.

Прийнята Кабінетом Міністрів України Постанова від 10.09.2014 р. № 442 «Про оптимізацію системи центральних органів виконавчої влади» запустила реорганізацію Державної санітарно-епідеміологічної служби України. Держсанепідслужба функціонально увійшла до Державної служби України з питань безпечності харчових продуктів та захисту споживачів.

Рішення про ліквідацію Держсанепідслужби було схвалено в 2017 році Постановою Кабінетом Міністрів України від 29 березня 2017 р. № 348 «Деякі питання державної санітарно-епідеміологічної служби».

Відповідно до Постанови, функції з реалізації державної політики у сфері санітарного та епідемічного благополуччя населення та із здійснення контролю (нагляду) за дотриманням вимог санітарного законодавства (крім функцій з реалізації державної політики у сфері епідеміологічного нагляду (спостереження) та у сфері гігієни праці та функцій із здійснення дозиметричного контролю робочих місць і доз опромінення працівників було покладено на Державну службу з питань безпечності харчових продуктів та захисту споживачів.

Ліквідація Держсанепідемслужби призвела до значного погіршення епідемічної ситуації в країні (масові отруєння з харчовим та водним механізмом передачі, епідемія кору, спалахи бутулізму, африканської чуми свиней, коронавірусної хвороби COVID-19, тощо).

Постановою Кабінету Міністрів України від 01 лютого 2017 року «Про внесення змін до Постанови Кабінету Міністрів України від 29 квітня 2015 року № 266», до галузі знань 022 Охорона здоров'я було включено нову спеціальність 229 «Громадське здоров'я», яка спрямована на підготовку нової генерації фахівців, завданням яких стане вивчення стану популяційного здоров'я в умовах впливу факторів зовнішнього середовища, соціальних факторів, та способу життя.

З 2017 року заклади вищої освіти (причому не тільки медичного профілю) з тією ж метою «наближення її до європейських та світових стандартів» почали здійснювати підготовку фахівців за спеціальністю 229 «Громадське здоров'я».

Наказом Міністерства освіти і науки України від 04 серпня 2020 № 1000 «Про затвердження стандарту вищої освіти за спеціальністю 229 «Громадське здоров'я» для першого (бакалаврського) рівня вищої освіти» було затверджено стандарт вищої освіти за спеціальністю 229 «Громадське здоров'я» в якому визначено обов'язкові вимоги до змісту і результатів освітньої діяльності

закладів вищої освіти, що готують фахівців сфери громадського здоров'я. В процесі навчання за освітньою програмою студенти повинні освоїти поняття, які спрямовані на оцінку стану здоров'я, захист та промоцію здоров'я, моніторинг загроз для громадського здоров'я, профілактику захворювань, збереження та зміцнення здоров'я та соціального благополуччя населення в цілому.

Модель підготовки спеціаліста у сфері громадського здоров'я побудована на європейському досвіді підготовки фахівців з профілактичної роботи і вимагає знань, умінь та навичок інноваційного менеджменту, епідеміології, соціології, економіки, права, лабораторної практики, промоції здоров'я, тощо [19].

Реалізація покладених на систему громадського здоров'я завдань вимагає підготовки спеціалістів за напрямками: публічне управління в сфері охорони здоров'я, менеджмент в охороні здоров'я, епідеміологія та медична статистика, промоція здоров'я, тощо. Тобто, таких фахівців, які б сприяли провадженню державної політики та менеджменту в питаннях демографічного розвитку, зниження захворюваності населення та поширеності хвороб, інвалідизації, показників смертності, розвитку міжгалузевої співпраці за принципом «охорона здоров'я – в усіх політиках держави» [17]. Проте, на сьогодні проблеми кадрового ресурсу галузі залишаються повністю не вирішеними з відкритими питаннями працевлаштування таких фахівців у структурах державної системи громадського здоров'я.

Таким чином, підвищення ефективності функціонування системи охорони здоров'я можливе за умов пріоритетного значення здоров'я населення в усіх секторах економіки та соціальної сфери, належного фінансування галузі, реалізації національних програм з громадського здоров'я, у тому числі програм, спрямованих на подолання кадрових проблем у сфері профілактичної медицини.

Висновки

Визначальним чинником сталого соціально-економічного розвитку нашої держави повинно стати здоров'я її громадян та якість державного управління. Реалізація державної політики в сфері охорони здоров'я вимагає прийняття державних комплексних та цільових програм з пріоритетним значенням здоров'я населення в усіх секторах економіки та соціальної сфери, належного фінансування галузі.

Пріоритетом діяльності системи громадського здоров'я мають бути запит та потреба суспільства в наданні якісних та доступних медичних послуг на рівні первинної медичної допомоги щодо ефективного виконання програм цієї системи.

Література

1. Гушук ІВ, Анчишкін АІ, Волощук ОВ. Стратегічні напрями розбудови системи охорони громадського здоров'я України. Довкілля та здоров'я. 2020. 3:4-9.

2. Вороненко ЮВ, Кошова СП, Михальчук ВМ, Радиш ЯФ. Здоров'я громадян України – важлива складова національної безпеки та потенціалу суверенітету держави. *Україна. Здоров'я нації*. 2021. 3;(65):5-13.
3. Ковальчук АЮ. Характеристика соціально-демографічної ситуації та соціально значущих захворювань в Україні. *Український медичний часопис*. 2014.1;(99):29-33.
4. Рогач І.М, Керецман АО, Гаджега П. Огляд динаміки демографічної ситуації в Україні та її регіонах на фоні країн ЄС та світу: проблеми та перспективи. *Проблеми клінічної педіатрії*. 2019.2;(44):49-56.
5. Георгієвський ЮВ. Особливості державного регулювання інноваційної діяльності в умовах епідемії COVID-19 в Україні. *Матеріали Міжнар. наук.-практ. конф. Сучасні проблеми розвитку права та економіки в інноваційному суспільстві; 2020 Бер 20; Велико-Тирново, Болгарія : ACCESS PRESS, с. 64-70.*
6. Чорний ОВ. Державна політика трансформації системи охорони здоров'я як фактор соціальної та економічної стабільності у період пандемії COVID-19 в Україні. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Державне управління*. 2020. 31;(70):108-112.
7. OECD, *OECD Economic Outlook, Interim Report, March 2020*, OECD Publishing, Paris.: <https://doi.org/10.1787/16097408>.
8. IMF. *World Economic Outlook, October 2021. Recovery During a Pandemic Health Concerns, Supply Disruptions, and Price Pressures*. <https://www.imf.org/en/Publications/WEO/Issues/2021/10/12/world-economic-outlook-october-2021>
9. Горбулін ВП, Даник ЮГ. Національна безпека України: фокус пріоритетів в умовах пандемії. *Вісник Національної академії наук України*. 2020.5:3-18.
10. Prem K, Liu Y, Russell TW. The effect of control strategies to reduce social mixing on outcomes of the COVID-19 epidemic in Wuhan, China: a modelling study. *Lancet Public Health*. 2020. doi: 10.1016/S2468-2667(20)30073-6.
11. Paakkari L, Okan O. COVID-19: health literacy is an underestimated problem. *Lancet Public Health*. 2020. 5:5. 249-250. doi: 10.1016/S2468-2667(20)30086-4
12. Oleshko A, Rovnyagin A. Anti-crisis policy of national states in the context of overcoming the social and economic consequences of COVID-19. *Efektivna ekonomika [Internet]*. 2020 Dec [cited 2021 Dec 18]; 4. available from: <http://www.economy.nauka.com.ua/?op=1&z=7780>. DOI: 10.32702/2307-2105-2020.4.9
13. Державна служба статистики України. Демографічна та соціальна статистика. Населення та міграція. [Інтернет]. Київ: Державна служба статистики України; 2021 [оновлено 2021 Груд 12; цитовано 2021 Груд 20]. Доступно: <http://www.ukrstat.gov.ua/>
14. Минфин. Смертність в Україні. [Інтернет]. Київ: Минфин; 2021 [оновлено 2021 Груд 06; цитовано 2021 Груд 16]. Доступно: <https://index.minfin.com.ua/reference/people/deaths/2021/>
15. Шишова ГА, Беломеря ТА, Драган ГМ. Напрями державного управління чинниками громадського здоров'я. *Матеріали наук.-практ.конф. Актуальні питання громадського здоров'я та екологічної безпеки України (17-ті Марзєєвські читання) [Інтернет]; 2021 Жовт 21-22; Київ. Київ: «Інститут громадського здоров'я імені О.М. Марзєєва НАМН України»; 2021 [цитовано 2021 Груд 16]; с. 27-30.*
16. Населення України за 2020 р.: демографічний щорічник. [Інтернет]. Київ: Державна служба статистики України; 2021 [оновлено 2021 Жовт 21; цитовано 2021 Лист 23]. Доступно: http://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2021/zb/10/dem_2020.pdf
17. Грузєва ТС, Курило ТМ. Особливості підготовки фахівців громадського здоров'я в Республіці Казахстан. *Україна Здоров'я нації*. 2017; 1(42):162-165.
18. Кланца ІА. Громадське здоров'я як умова національної безпеки держави. *Вісник НАДУ при Президентові України (Серія Державне управління)*. 2018;1:107-113.
19. Гребняк МП, Кірсанова ОВ, Таранов ВВ. Формування кадрового потенціалу громадського здоров'я. *Україна. Здоров'я нації*. 2018; 3: 17-21.

References

1. Gushuk IV, Anchishkin AI, Voloshuk OV. Strategichni napryami rozbudovi sistemi ohoroni gromadskogo zdorov'ya Ukrayini. *Dovkillya ta zdorov'ya*. 2020. 3:4-9.
2. Voronenko YuV, Koshova SP, Mihalchuk VM, Radish YaF. Zdorov'ya gromadyan Ukrayini – vazhлива skladova nacionalnoyi bezpeki ta potencialu suverenitetu derzhavi. *Ukrayina. Zdorov'ya nacyi*. 2021. 3;(65):5-13.
3. Kovalchuk AYU. Charakteristika socialno-demografichnoyi situaciyi ta socialno znachushih zahvoryuvan v Ukrayini. *Ukrayinskij medichnij chasopis*. 2014.1;(99):29-33.
4. Rogach I.M, Kerecman AO, Gadzhega II. Oglyad dinamiki demografichnoyi situaciyi v Ukrayini ta yiyi regionah na foni krayin YeS ta svitu: problemi ta perspektivi. *Problemi klinichnoyi pediatriyi*. 2019.2;(44):49- 56.
5. Georgiyevskij YuV. Osoblivosti derzhavnogo reguluyuvannya innovacijnoyi diyalnosti v umovah epidemiyi COVID-19 v Ukrayini. *Materiali Mizhnar. nauk.-prakt. konf. Suchasni problemi rozvitku prava ta ekonomiki v innovacijnomu suspilstvi; 2020 Ber 20; Veliko-Tirnovno, Bolgariya : ACCESS PRESS, s. 64-70.*

6. Chornij OV. Derzhavna politika transformaciyi sistemi ohoroni zdorov'ya yak faktor socialnoyi ta ekonomichnoyi stabilnosti u period pandemiyi COVID-19 V Ukraini. Vcheni zapiski TNU imeni V.I. Vernadskogo. Seriya: Derzhavne upravlinnya. 2020. 31;(70):108-112.
7. OECD, OECD Economic Outlook, Interim Report, March 2020, OECD Publishing, Paris. URL: <https://doi.org/10.1787/16097408>.
8. IMF. World Economic Outlook, October 2021. Recovery During a Pandemic Health Concerns, Supply Disruptions, and Price Pressures. <https://www.imf.org/en/Publications/WEO/Issues/2021/10/12/world-economic-outlook-october-2021>
9. Gorbulin VP, Danik YuG. Nacionalna bezpeka Ukraini: fokus prioritativ v umovah pandemiyi. Visnik Nacionalnoyi akademiyi nauk Ukraini. 2020.5:3-18.
10. Prem K, Liu Y, Russell TW. The effect of control strategies to reduce social mixing on outcomes of the COVID-19 epidemic in Wuhan, China: a modelling study. Lancet Public Health. 2020. doi: 10.1016/S2468-2667(20)30073-6.
11. Paakkari L, Okan O. COVID-19: health literacy is an underestimated problem. Lancet Public Health. 2020. 5:5. 249-250. doi: 10.1016/S2468-2667(20)30086-4
12. Oleshko A, Rovnyagin A. Anti-crisis policy of national states in the context of overcoming the social and economic consequences of COVID-19. Efektyvna ekonomika [Internet]. 2020 Dec [cited 2021 Dec 18]; 4. available from: <http://www.economy.nayka.com.ua/?op=1&z=7780>. DOI: 10.32702/2307-2105-2020.4.9
13. Derzhavna sluzhba statistiki Ukraini. Demografichna ta socialna statistika. Naseleण्या ta migraciya. [Internet]. Kiyiv: Derzhavna sluzhba statistiki Ukraini; 2021 [onovleno 2021 Grud 12; citovano 2021 Grud 20]. Dostupno: <http://www.ukrstat.gov.ua/>
14. Minfin. Smertnost v Ukraine. [Internet]. Kiyiv: Minfin; 2021 [onovleno 2021 Grud 06; citovano 2021 Grud 16]. Dostupno: <https://index.minfin.com.ua/reference/people/deaths/2021/>
15. Shishova GA, Byelomerya TA, Dragan GM. Napryami derzhavnogo upravlinnya chinnikami gromadskogo zdorov'ya. Materiali nauk.-prakt.konf. Aktualni pitannya gromadskogo zdorov'ya ta ekologichnoyi bezpeki Ukraini (17-ti Marzyeyevski chitannya) [Internet]; 2021 Zhovt 21-22; Kiyiv. Kiyiv: «Institut gromadskogo zdorov'ya imeni O.M. Marzyeyeva NAMN Ukraini»; 2021 [citovano 2021 Grud 16]; s. 27-30.
16. Naseleण्या Ukraini za 2020 r.: demografichnij shorichnik. [Internet]. Kiyiv: Derzhavna sluzhba statistiki Ukraini; 2021 [onovleno 2021 Zhovt 21; citovano 2021 List 23]. Dostupno: http://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2021/zb/10/dem_2020.pdf.
17. Gruzyeva TS, Kurilo TM. Osoblivosti pidgotovki fahivciv gromadskogo zdorov'ya v Respubliци Kazahstan. Ukrainina Zdorov'ya naciyi. 2017; 1(42):162-165.
18. Klanca IA. Gromadske zdorov'ya yak umova nacionalnoyi bezpeki derzhavi. Visnik NADU pri Prezidentovi Ukraini (Seriya Derzhavne upravlinnya). 2018;1:107-113.
19. Grebnyak MP, Kirsanova OV, Taranov VV. Formuvannya kadrovogo potencialu gromadskogo zdorov'ya. Ukrainina. Zdorov'ya naciyi. 2018; 3: 17-21.

Дата надходження рукопису до редакції: 10.02.2022 р.

Мета. Оцінка ефективності діяльності системи громадського здоров'я в Україні на прикладі демографічних показників в період пандемії COVID-19.

Матеріали та методи. Проаналізовано наукові джерела за темою з використанням аналітичного, статистичного методів, методів системного підходу та порівняльного аналізу.

Результати. Україна продовжує активно втрачати населення внаслідок негативного природного приросту, міграційного руху, високого рівня загальної захворюваності населення та поширеності хвороб на фоні економічних, політичних та соціальних проблем на фоні пандемії COVID-19. У таких умовах на систему громадського здоров'я та її кадровий потенціал покладено завдання захисту та промоцію здоров'я, профілактику захворювань, моніторингу загроз для громадського здоров'я та соціального благополуччя населення в цілому. Залишилось створити дієві правові, економічні та управлінські умови для ефективної діяльності системи громадського здоров'я.

Висновки. Визначальним чинником сталого соціально-економічного розвитку нашої держави повинно стати здоров'я її громадян та якість державного управління. Реалізація державної політики в сфері охорони здоров'я вимагає прийняття державних комплексних та цільових програм з пріоритетним значенням здоров'я населення в усіх секторах економіки та соціальної сфери, належного фінансування галузі.

Ключові слова: охорона здоров'я, громадське здоров'я, демографічна ситуація в Україні, пандемія COVID-19.

Purpose. Assessment of the effectiveness of the public health system using the example of demographic indicators during the COVID-19 pandemic.

Materials and methods. Analyzed scientific sources on the topic using analytical, statistical methods, methods of a systematic approach and comparative analysis.

Results. Ukraine actively lose its population. The main courses of its negative natural growth, migration movement, a high level of general morbidity of the population and the prevalence of diseases against the background of economic, political and social problems in the context of the COVID-19 pandemic. In such conditions, the public health system and the personnel potential are entrusted the tasks of protecting and promoting health, preventing diseases, monitoring threats to public health and social well-being of the population as a whole. It remains to create effective legal, economic and managerial conditions for the effective operation of the public health system.

Conclusions. The determining factor of sustainable socio-economic development of our state should be the health of its citizens and the quality of public administration. The implementation of the state policy in the sphere of health of the population requires the adoption of state comprehensive and targeted programs with a priority value of the health of the population in all sectors of the economy and the social sphere, and adequate financing of the branch.

Key words: healthcare, public health, demographic situation in Ukraine, COVID-19 pandemic.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflicts of interest: absent.

Відомості про авторів

Скиба О.О. – к. б. н., доцент кафедри громадського здоров'я та медико-біологічних основ фізичної культури (тут і далі) Сумський державний педагогічний університет імені А.С.Макаренка.
skybaolha@gmail.com, ORCID ID 0000-0003-4214-4515.

Корнус О.Г. – к. геогр.н., завідувач кафедри загальної та регіональної географії.
ORCID ID 0000-0001-7469-7291.

Тонкопей Ю.Л. – к. фіз. вих., доцент кафедри громадського здоров'я та медико-біологічних основ фізичної культури.
ORCID ID 0000-0002-9093-2180.

Корнус А.О. – к. геогр. н., доцент кафедри загальної та регіональної географії.
ORCID ID 0000-0002-5924-7812.

Vansač P.

Harmonical development of child (student) personality according J. A. Comenius

St. Elizabeth University of health and social work Bratislava,
Institute of bl. M. D. Trčku, Michalovce; Slovakia

Вансач П.

Гармонічний розвиток особистості дитини (учня) за Й. А. Коменським

Вища школа охорони здоров'я та соціальної роботи
Св. Алжбети, м. Братислава, Словаччина

vansac.p@gmail.com

Introduction

J. A. Comenius emphasized in his work that parents, educators and teachers should correctly understand the child (pupil) and his purpose in life. Properly understood development is closely linked to morality. Pope Paul VI expressed the idea that the criterion for human development is "to be more human" than to "have more property." Being more human means acknowledging moral principles in your life, being aware of your responsibility to yourself, your family and society.

The aim of our article is to point out the illustrative examples of Comenius, where he perceived the child as a living core, as a vessel with a narrow neck, as a seedling of heaven, as an image of a living God. We want to point out his writings, which are imbued with an unadulterated love for raising a child.

Personality of a child (pupil) according to J. A. Comenius

The child is not a full-fledged person responsible for himself, therefore he has protectors and educators (parents, teachers, guardian angels). The child is not completely developed because the spirit and the living core of human is not fully manifested, as if it was in a castle with a raised drawbridge. At this time, he is waiting for the development of the earthly body, his instrument. The full action of the human spirit occurs with the beginning of sexual power, which occurs in puberty [1, p. 452].

According to Comenius, the pupil is characterized as the one who is full of expectations, attentive and focused and highly motivated for school activities [2, p. 108].

The desire for knowledge should be ignited in pupils in all possible ways. The pupil should be educated in such a way that he/she is able to understand the curriculum with regard to age and individual possibilities. He also notes that: „if someone wanted to pour liquid into a narrow-necked vessel (comparable with the mind of a young person) rather than pour it drop by drop, what would they achieve? Certainly, most of the liquid would flow and they would pour much less into the vessel than if it was poured slowly. He who tries to teach students not as much as they understand, but as much as he wants, is completely unreasonable because the strengths need to be supported and not suppressed. A youth grower is just like a doctor – only a servant but not a master of nature [2, p. 108–145]. The pupil should not be forced to learn against his will. This requirement cannot be understood in terms

of pedocentric understanding. Respect for the student's personality, his natural abilities and prerequisites is expressed here. We could say that the pupil must not be forced to do anything which he/she would not be motivated to do in advance. The motivation of the student should result from his natural needs and interests or it can be induced by the teacher [5, p. 23].

Gender characteristics to be taken into account in education:

- woman (girl) – is more sensitive, gentler, determining, knows what to do, is the neck, her whole impression is more passive

- man (boy) – is physically stronger, tougher, creating, knows how to work, is the head, his whole impression is more active.

It follows that:

- there should be equality between men and women,
- the responsibilities of a man and a woman are different, but equally important! Without them, family and society would not work properly.

- a man should not have anything to say to a woman's duties and a woman should not have anything to say to a man's duties,

- equality between men and women does not mean that men and women will control and do the same things. On the contrary, it is detrimental because it is against the health and determination of individual genders [4, p. 18-19].

Principles for moral development of a child

In The Great Didactic (Didactica Magna), J. A. Comenius describes the disciplinary rules for students. Comenius writes the rules in Blatný potok, where he fought with indiscipline, laziness and indifference, not only in the students but also in their teachers. In the first part, he gives the students instructions on behavior, e.g. the movement of the face and body, walking, body care. The second part is a guide of behaving throughout the day from morning to evening [5, p. 23].

He has summarized these rules into 16 sections. These are the following areas:

1. Manners

- The basis of morals is an organised mind because the student wants to be liked by God and people,
- Carry the thought (boy and girl) that God, angels, and people see you, so be careful and do not do anything that

disrespects God or something that the eyes of angels and people do not want to see.

As a starting point for moral behaviour, there is a required willingness of students to be liked by God and people for their thinking and behaviour.

2. Face, movements and posture

- Your face should not be sad, frowning or rude, be modest and friendly. Have your shoulders at the same height, do not slide one up and the other down. When you stand, stand upright on both legs and not on one like a stork.

The student should express his respect for esteemed people through non-verbal expressions, which include his facial expressions and posture.

3. Natural needs

- When you are laughing, let it be laughter and not horselaugh. When saliva hinders in your mouth, spit it out but turn away.

Comenius gives practical instructions on how to deal with a variety of bodily needs.

He is asking the students for self-control, moderation and regulation of movements.

4. Body care and clothes

- The apostle forbids growing your hair long enough to cover your forehead or flow down your shoulder. („If a man wears long hair it is a disgrace for him.“ 1 Cor. 11:14)

- Clothes and shoes must be clean, free of mud and dust. Students should not only take care of their inner purity, but care for the appearance is also important.

5. Walking

- Only go out in public if you are clean, combed and well-dressed.

- When walking, do not shake your hips, do not look back and to the sides.

Comenius apparently did not hesitate to specify what a proper walk and behaviour in public should look like after his experience with the students.

6. Speech

- Think before you speak, not the other way around.

- Interrupting someone while they speak is very rude.

Every speech should be preceded by a rational reasoning, the student should always be aware of what he is saying.

7. Morning routine

- When you wake up in the morning, thank God for taking care of you in the night and ask him to be good to you that day.

- Take seriously the work that awaits you. Divide your work wisely and ask God for help.

8. School behaviour

- Hurry to school like you hurry to a game (it's a game as well) and never stay home.

- Praise Christ's wisdom in a silent prayer and ask Him to grant you with His spirit. Without His help, all your efforts would be in vain.

- Consider unfortunate the day (or an hour) when you learned nothing and added nothing to your education.

9. Behaviour towards a teacher

- Love your teacher the way you love your father.

- When the teacher is speaking, listen to him.

- Never insult or sadden your teacher.

- When you are punished for committing an offense, bear it and do not complain.

A teacher was a role model for his students, not only had he pointed out the deficiencies in their knowledge, he also pointed out their inappropriate behaviour.

10. Behaviour towards classmates

- Do not start a fight with anyone, only if it were a fight about knowledge, but even then, do not hold in hatred, but rather strive for diligence.

Unity and equality between students was a prerequisite for a good atmosphere in the classroom. Students should only compete in their knowledge.

11. Behaviour when meeting anybody

- Befriend only those who can make you better or more educated.

- Avoid bad company like you would avoid poison, wicked words spoil good manners.

- Appreciate good people and do not irritate bad people.

- Do not chase praise.

The student was partly responsible for creating his manners, therefore he should avoid bad company.

12. Behaviour in the church

- Throughout your presence in the church, you behave as if in front of God, not doing or thinking anything that would disrespect Him.

13. Table manners

- When at the table, behave as if you are at an altar, politely and respectfully.

- A boy should eat to be full, not overeat.

14. Behaviour after lunch

- Avoid afternoon sleep which dooms the spirit. Take a walk, talk to someone or do some activity.

Comenius was convinced that afternoon sleep leads students to laziness.

15. Entertainment

- While relaxing after work, refresh yourself with an activity that moves your body and revives your spirit

- Cards, fencing, wrestling and dice are prohibited.

According to Comenius, activities were supposed to contribute to rest, refresh the mind, strengthen the body and morals and even expand language skills.

16. Evening behaviour

- Do not start anything new after dinner, take a walk, praise God and reflect on what you did during the day.

If you realise that you acted immorally, ask Christ for forgiveness and promise you will improve [3, p. 253-266].

Discussion

J. A. Comenius perceived a person as a creature of God, whom God created in his image and endowed him with mind and free will whose mission is to transform this world according to God's will. He sees the child as someone not fully responsible for himself, therefore he is protected by people as well as angels. Parents and teachers should help him gain knowledge, but also achieve good manners. Comenius points out the characteristics of boys and girls, which must be taken into account in education. According to Comenius, in the moral upbringing, the educator should emphasize an organised mind, an awareness of God's presence and "being liked" by God and people. In upbringing and education, it is necessary to develop the body, soul and spirit and take into account the level of spiritual development and life tasks of the child. Comenius was strongly aware of the role of parents

in the life of a child. He reminds them that children are more precious than silver, gold, pearls and gems and they are living images of God. He compares the teacher to a stonemason and a gardener whose task is to create living images of God from children.

Conclusions

The aim of our article is to show the way J. A. Comenius perceived child (student) development. According to him a human starts his journey as a little seed or core. The core of the human

consists of ability to develop into the mature human. As reported by J.A Comenius, it is necessary to develop body, soul and spirit. Comenius offers great didactic as an art, which has to lead the student to the genuine studies and pure manners. When the student is willingly trying to "please" God and people with his thinking, behaviour and the way he appears to other people, it's taken as the starting point of the moral behaviour. The student has to carry the thought that people, angels and God constantly see him. Principles of teaching were evolved by J. A. Comenius in the work „Great Didactic“. It concerns the principles of illustration, activeness, persistence, adequacy.

References

1. Abd-ru-shin. Vo Svetle Pravdy. 3. vydanie, Stuttgart: Publishing house Stiftung Gralsbotschaft, 1998. s. 998 s.
2. Komenský, J.A. Velká didaktika. In: Vybrané spisy Jana Amose Komenského. sv 1, Praha: SPN, 1958, 450 s.
3. Komenský, J. A. Pravidla chování. In: Vybrané spisy Jana Amose Komenského, sv. 2. Praha: SPN, 1960, 487 s.
4. Padyšák, M. Aktuálny odkaz Komenského Veľkej didaktiky, Záverečná práca, Žilinská univerzita v Žiline 2002, 55 s.
5. Soukupová K. Pojetí žáka v díle J. A. Komenského, Diplomová práce, UNIVERZITA KARLOVA v PRAZE Pedagogická fakulta katedra primární pedagogiky, Praha 2006, 73 s.

Дата надходження рукопису до редакції: 11.01.2022 р.

The purpose. Comenius devoted his entire life to tireless writing. In Pansophia, he demanded a comprehensive education (pampaedia) – a universal and comprehensive education of every human being in all his abilities. Education is to be the main tool for correcting the world and human affairs. It is the cultivation of man in the image of God. It should lead to harmony of the soul, society, and the world. The aim of our contribution was to point out how Comenius perceived children and how teachers, parents and educators should lead the upbringing of a child.

Methods. We used the content analysis of J. A. Comenius documents as a method of our research.

Results. In this paper, we analyze the student's personality in the context of education and the principles of moral education. According to J. A. Comenius, it is necessary to emphasize in education and training whether it is a boy or a girl, to emphasize an organized mind – to please God and people, to develop body, soul and spirit.

Conclusions. J. A. Comenius emphasized the irreplaceable role of parents in the life of a child where children are to be more precious to them than silver, gold and precious stones.

Key words: pupil's personality, child development, teacher, family.

Мета. Все своє життя Коменський присвятив невтомному письменництву. У Пансофії він вимагав всебічної освіти (pampaedia) — загальної і всебічної освіти кожної людини в усіх її здібностях. Освіта має бути основним інструментом для виправлення світу і людських відносин. Це вирощування людини за образом Божим. Це має вести до гармонії душі, суспільства і світу. Метою нашого внеску було вказати на те, як Коменський сприймав дітей і як вчителі, батьки та вихователі повинні керувати вихованням дитини.

Методи. Як метод дослідження ми використали контент-аналіз документів Й. А. Коменського.

Результати. У даній роботі ми аналізуємо особистість учня в контексті виховання та принципів морального виховання. На думку Й. А. Коменського, у вихованні та навчанні необхідно наголошувати на тому, хлопчик це чи дівчина, на організованому розумі – подібатися Богу й людям, розвивати тіло, душу й дух.

Висновки. Й. А. Коменський підкреслював незамінну роль батьків у житті дитини, де діти мають бути для них дорожчими за срібло, золото та дорогоцінне каміння.

Ключові слова: особистість учня, дитячий розвиток, учитель, сім'я.

Відомості про автора

Vansač Peter – Professor, Head of Department of Social Work, St. Elizabeth University of health and social work Bratislava, Institute of bl. M. D. Trčku, Michalovce; Slovakia.
vansac.p@gmail.com.

Качур О.Ю.

Kachur O.Yu.

**Задачі системи громадського здоров'я
по формуванню у населення
відповідального ставлення
до особистого здоров'я**

**Tasks of the public health system
to form a responsible attitude
to personal health among the population**

ПВНЗ «Київський медичний університет»,
м. Київ, Україна

PHEI "Kyiv Medical University",
Kyiv, Ukraine

alexandr.kachur2013@icloud.com

Вступ

Матеріали та методи

В Україні реєструється один із самих високих показників захворюваності населення в Європейському регіоні [3,4,18,19] та показників смертності, яку можна попередити [17-19]. При цьому реєструються високі показники захворюваності населення на хвороби, які залежать від способу життя [2,9-11,15], наявності шкідливих звичок [1,7,8], на вакциновані інфекції внаслідок відмови від вакцинації [12]. Високі показники госпіталізації та інвалідизації населення [18,19] викликані відмовою від звернення за профілактичною медичною допомогою [10,14], відмовою виконувати призначення лікарів [10,15] та несвоєчасним зверненням за медичною допомогою в критичних станах [15], високим рівнем саморуйнівної поведінки [6,13,16]. Дане також призводить до високого рівня попереджувальної смертності населення [17-19] та надсмертності чоловіків працездатного віку [14]. Вказана поведінка населення України пов'язана з низьким рівнем санітарної культури та безвідповідальним ставленням до особистого здоров'я [5].

Бібліосемантичний, структурно-логічного аналізу, соціологічний, статистичний. Соціологічним дослідженням охоплено 195 організаторів охорони здоров'я, 89 сімейних лікарів та 265 респондентів із числа дорослого населення. Дослідження проводилося з використанням спеціально розробленої анкети. Про розробці анкети використанні документи ВООЗ, які визначають основні оперативні функції громадського здоров'я. В ході проведення дослідження дотримано принцип збереження конфіденційності інформації про респондентів. Участь у дослідженні була добровільною. Статистичне опрацювання результатів опитування проводилося з використанням загальноприйнятих методів медичної статистики.

Мета дослідження: визначити задачі системи громадського здоров'я по формуванню у населення відповідального ставлення до особистого здоров'я.

Результати дослідження та їх обговорення

На початку дослідження методом соціологічного дослідження було встановлено зміст діяльності системи громадського здоров'я по формуванню у населення відповідального ставлення до особистого здоров'я. отримані в ході дослідження дані наведено в табл. 1.

Таблиця 1. Зміст діяльності системи громадського здоров'я по формуванню у населення відповідального ставлення до особистого здоров'я

Зміст	Організатори ОЗ		Сімейні лікарі		Населення	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Навчання населення здоровому способу життя	174	89,2	76	85,4	211	79,5
Інформування населення про небезпечність шкідливих звичок	169	86,7	73	82,0	237	89,4
Інформування населення про загрозові для здоров'я та життя стани та такти дій при них	191	97,9	89	100,0	263	99,2
Інформування населення про систему профілактичних оглядів	192	98,5	83	93,3	246	92,8

Інформування населення про принципи первинної профілактики захворювань	171	87,7	82	92,1	214	80,8
Інформування населення про принципи вторинної профілактики захворювань	183	93,8	85	95,5	252	95,1
Інформування населення про профілактику вакцинокерованих інфекційних захворювань	193	98,9	89	100,0	235	88,7
Інформування населення про підходи до здорового харчування	172	88,2	71	79,8	209	78,8
Інформування населення про фізичноактивний спосіб життя	174	89,2	84	94,4	237	89,4
Інформування населення про шкідливість частих стресів та їх профілактику	182	93,3	81	91,0	257	96,9
Інформування населення про економічні переваги профілактики захворювань над лікуванням	191	97,9	85	95,5	261	98,5

Аналіз наведених в табл. 1 даних вказує на наступне. Опитані організатори охорони здоров'я в своєму рішенні найвище підтримали наступні складові змісту діяльності системи громадського здоров'я з формування у населення відповідального ставлення до особистого здоров'я: інформування населення про профілактику вакцинокерованих інфекційних захворювань (98,9%), інформування населення про систему профілактичних оглядів (98,5%), інформування населення про загрози для здоров'я та життя стани та такти дій при них та інформування населення про економічні переваги профілактики захворювань над лікуванням (97,9%) при цьому найнижчий рівень їх підтримки отримали: інформування населення про небезпечність шкідливих звичок (86,7%), інформування населення про принципи первинної профілактики захворювань (87,7%).

Опитані сімейні лікарі в своєму рішенні найвище підтримали наступні складові змісту діяльності системи громадського здоров'я по формуванню у населення відповідального ставлення до особистого здоров'я: інформування населення про загрози для здоров'я та життя стани та такти дій при них та інформування населення про профілактику вакцинокерованих інфекційних захворювань (100,0%), інформування населення про принципи вторинної профілактики

захворювань та інформування населення про економічні переваги профілактики захворювань над лікуванням (95,5%) при цьому найнижчий рівень їх підтримки отримали: інформування населення про підходи до здорового харчування (79,8%) та інформування населення про небезпечність шкідливих звичок (82,0%).

Опитані респонденти із числа загального населення в своєму рішенні найвище підтримали наступні складові змісту діяльності системи громадського здоров'я по формуванню у населення відповідального ставлення до особистого здоров'я: інформування населення про загрози для здоров'я та життя стани та такти дій при них (99,2%), інформування населення про економічні переваги профілактики захворювань над лікуванням (98,5%), інформування населення про шкідливість частих стресів та їх профілактику (96,9%) при цьому найнижчий рівень їх підтримки отримали: інформування населення про підходи до здорового харчування (78,8%) та навчання населення здоровому способу життя (79,5%).

Далі методом соціологічного дослідження було визначено форми та методи діяльності системи громадського здоров'я з формування у населення відповідального ставлення до особистого здоров'я. Отримані на цьому етапі виконання роботи дані наведено в табл. 2.

Таблиця 2. Форми та методи діяльності системи громадського здоров'я з формування у населення відповідального ставлення до особистого здоров'я

Форми та методи	Організатори ОЗ		Сімейні лікарі		Населення	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Індивідуальні комунікації	153	78,5	73	82,0	259	97,7
Комунікації на рівні сім'ї	167	85,6	81	91,0	261	98,5
Комунікації на рівні громади	195	100,0	77	86,5	251	94,7
Школи здоров'я	192	98,5	88	98,8	262	98,9
Тренінги	112	57,4	71	79,8	211	79,6
Лекції	185	94,8	73	82,0	182	68,7
Бесіди	59	30,3	64	71,9	193	72,8
Телевізійні спеціальні передачі	157	80,5	81	91,0	247	93,2

Буклети, листівки, брошури	146	74,9	62	69,7	137	51,7
Спеціальні сайти	186	95,4	79	88,8	252	95,1
Масові оздоровчі заходи	88	45,1	86	96,6	189	71,3
Масові культурні заходи	72	36,9	54	60,7	171	64,5

Аналіз наведених в табл. 2 даних вказує на те, що організатори охорони здоров'я в найбільшій мірі підтримали комунікації на рівні громади (100,0%), школи здоров'я (98,5%) та спеціальні сайти (95,4%). На думку сімейних лікарів найбільш прийнятними форми та методи діяльності системи громадського здоров'я з формування у населення відповідального ставлення до особистого здоров'я є: школи здоров'я (98,8%), масові оздоровчі заходи (96,6%), комунікації на рівні сім'ї та телевізійні спеціальні передачі (91,0%). респонденти із числа населення в найбільшій мірі підтримали школи здоров'я (98,9%), комунікації на рівні сім'ї (98,5%), індивідуальні комунікації (97,7%), спеціальні сайти (95,1%), комунікації на рівні громади (94,7%), телевізійні спеціальні передачі (93,2%).

Найнижчий рівень підтримки отримали такі форми та методи діяльності системи громадського здоров'я як: тренінги, буклети, листівки, брошури, масові культурні заходи.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням ставлення окремих категорій населення до особистого здоров'я та здоров'я членів родини.

Висновки

Використовуючи сучасні форми та методи діяльності система громадського здоров'я має можливість забезпечити формування у населення відповідального ставлення до особистого здоров'я.

Література

1. Более половины украинцев страдают от лишнего веса и треть пытаются похудеть [Електронний документ]. Путь доступа : <https://strana.ua/news/87220-ot-lishneho-vesa-stradajut-bolee-poloviny-ukraintsev.html>. Назва за екрану.
2. Лашкул З.В., Максимова О.О., Посний В.Ф., Авраменко В.С., Щетиніна Л.І., Одринський В.А. Вплив деяких соціально-гігієнічних факторів на виникнення гіпертонічної хвороби: збірник наукових праць. Актуальні питання медичної науки та практики. Запоріжжя: ЗМАПО, 2010. В. 77, Т.2., К1. С. 296-298.
3. Габорець Ю. Ю., Дудіна О. О. Динаміка захворюваності дитячого населення України в регіональному аспекті та поширеності між ними хвороб. Україна. Здоров'я нації, 2017, №4(45). С.18-28.
4. Дудник С.В., Кошеля І.І. Тенденції стану здоров'я населення України. Україна. Здоров'я нації. 2016, № 4 (40). С. 27-31.
5. Жданова О. В., Слабкий Г.О., Свадебка О.О. Причини безвідповідального ставлення студентів до особистого здоров'я та шляхи вирішення проблеми. The 1 st International scientific and practical conference "Actual trends of modern scientific research" (July 19-21, 2020) MDPC Publishing, Munich, Germany. 2020. P.86-90.
6. Загородній С.М., Якимець В.М. Характеристика саморуйнівної поведінки населення України. Україна. Здоров'я нації. 2010. №2. С. 35-39.
7. Кручаниця В.В. Смертність населення Закарпатської області внаслідок вживання алкоголю. Україна. Здоров'я нації. 2015, № 2 (34). С. 43-46.
8. Кручаниця В.В., Слабкий Г.О., Миронюк І.С. Враженість населення Закарпатської області алкоголем та наркотиками. Wiadomości Lekarskie. 2018, Tom LXXI, № 6. С. 1245-1249.
9. Лашкул З.В., Посний В.Ф., Курочка В.Л., Авраменко В.С., Одринський В.А., Фершал Я.Ю. Оценка влияния некоторых социально-гигиенических факторов риска на гипертоническую болезнь. Збірник наукових праць ДЗ «ЗМАПО МОЗ України» Т.1,Кн.2, 2012 р. С. 45-48.
10. Лашкул З.В., Посний В.Ф., Авраменко В.С., Щетиніна Л.І., Трошин Д.А., Одринський В.А. Некоторые факторы риска, влияющие на течение артериальной гипертензии. Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. 2011. № 1. С.171-172.
11. Прокопів М.М., Слабкий Г.О. Фактори ризику розвитку цереброваскулярних хвороб у жителів мегаполіса. Український вісник медико-соціальної експертизи. 2019. № 3-4 (33 - 34). С.7-12.
12. Рівень охоплення щепленнями в Україні залишається низьким [Електронний документ]. Шлях доступу : <https://www.apteka.ua/article/455068> Аптека № 17 (1138) 30 квітня 2018 г. Назва з екрану.
13. Рівень самогубств у світі: Україна у десятці європейських «лідерів». [Електронний документ]. Шлях доступу: <http://ua.euronews.com/2017/05/18/suicide-rate-ishighest-in-europe-un-health-agency-report>. Назва з екрану.
14. Слабкий Г.О., Дудник С.В. Медико-соціальна характеристика смертності чоловіків працездатного віку Луганської області. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2013 . № 1. С. 35-39.
15. Слабкий Г.О., Прокопів М.М. Результати вивчення факторів ризику розвитку цереброваскулярних хвороб у жінок міста Києва. Здоров'я жінчини. 2020. №5-6 (151-152). С.54-57.

16. Україна в десятці країн-лідерів з самогубств. Режим доступу: <http://www.mukachevo.net/ua/News/view/52000-%>. Назва з екрану.
17. Чепелевська Л. А., Дзюба О. М., Кручаниця В. В. Регіональні особливості смертності населення України від фіброзу і цирозу печінки та алкогольної хвороби печінки. Україна. Здоров'я нації. 2016. № 4/1 (41). С.218–224.
18. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2016 рік. МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». Київ, 2017. 516 с.
19. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідеміологічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2017 рік. МОЗ України. ДУ «УІСД МОЗ України» К., 2018. 458 с.

References

1. Bolee poloviny ukraincev stradayut ot lishnego vesa i tret pytayutsya pohudet [Elektronnyj dokument]. Put dostupa : <https://strana.ua/news/87220-ot-lishneho-vesa-stradajut-bole-poloviny-ukraintsev.html>. Nazvanie s ekrana.
2. Lashkul Z.V., Maksymova O.O., Posnij V.F., Avramenko V.S., Shchetinina L.I., Odrinskyi V.A. Vplyv deiakykh sotsialno-hihienichnykh faktoriv na vynyknennia hipertoničnoi khvoroby: zbirnyk naukovykh prats. Aktualni pytannia medychnoi nauky ta praktyky. Zaporizhzhia: ZMAPO, 2010. V. 77, T.2., K1. S. 296-298.
3. Haborets Yu. Yu., Dudina O. O. Dynamika zakhvoriuvanosti dytiachoho naselennia Ukrainy v rehionalnomu aspekti ta poshyrenosti mizh nymy khvorob. Ukraina. Zdorovia natsii, 2017, №4(45). S.18-28.
4. Dudnyk S.V., Koshelia I.I. Tendentsii stanu zdorovia naselennia Ukrainy. Ukraina. Zdorovia natsii. 2016, № 4 (40). S. 27-31.
5. Zhdanova O. V., Slabkyi H.O., Svadeba O.O. Prychyny bezvidpovidalnoho stavlennia studentiv do osobystoho zdorovia ta shliakhy vyrishennia problemy. The 1 st International scientific and practical conference "Actual trends of modern scientific research" (July 19-21, 2020) MDPC Publishing, Munich, Germany. 2020. R.86-90.
6. Zahorodnii S.M., Yakymets V.M. Kharakterystyka samoruivnoi povedinky naselennia Ukrainy. Ukraina. Zdorovia natsii. 2010. №2. S. 35–39.
7. Kruchanytsia V.V. Smertnist naselennia Zakarpatskoi oblasti vnaslidok vzhyvannia alkoholiu. Ukraina. Zdorovia natsii. 2015, № 2 (34). S. 43-46.
8. Kruchanytsia V.V., Slabkyi H.O., Myroniuk I.S. Vrazhenist naselennia Zakarpatskoi oblasti alkoholem ta narkotykyamy. Wiadomości Lekarskie. 2018, Tom LXXI, № 6. C. 1245–1249.
9. Lashkul Z.V. Posnij V.F., Kurochka V.L., Avramenko V.S., Odrinskij V.A., Fershal Ya.Yu. Ocenka vliyaniya nekotoryh socialno-gigienicheskikh faktorov riska na gipertonicheskuyu bolezni. Zbirnyk naukovykh prac DZ «ZMAPO MOZ Ukrainy» T.1,Kn.2, 2012 r. S. 45-48.
10. Lashkul Z.V., Posnij V.F., Avramenko V.S., Shchetinina L.I., Troshin D.A., Odrinskij V.A. Nekotorye faktory riska, vliyyayushie na techenie arterialnoj gipertenzii. Shidnoyevropejskij zhurnal gromadskogo zdorov'ya. 2011. № 1. S.171-172.
11. Prokopiv M.M., Slabkyi H.O. Faktory ryzyku rozvytku tserebrovaskuliarnykh khvorob u zhyteliv mehapolisa. Ukrainyskij visnyk medyko-sotsialnoi ekspertyzy. 2019. № 3–4 (33–34). S.7-12.
12. Riven okhoplennia shcheplenniamy v Ukraini zalyshaietsia nyzkym [Elektronnyi dokument]. Shliakh dostupu : <https://www.apteka.ua/article/455068> Apteka № 17 (1138) 30 kvitnia 2018 h. Nazva z ekrana.
13. Riven samohubstv u sviti: Ukraina u desiatti yevropeyskykh «lideriv». [Elektronnyi dokument]. Shliakh dostupu: <http://ua.euronews.com/2017/05/18/suicide-rate-ishighest-in-europe-un-health-agency-report>. Nazva z ekrana.
14. Slabkyi H.O., Dudnyk S.V. Medyko-sotsialna kharakterystyka smertnosti cholovikiv pratsezdachnoho viku Luhanskoi oblasti. Visnyk sotsialnoi hihieny ta orhanizatsii okhorony zdorovia Ukrainy. 2013 . № 1. S. 35-39.
15. Slabkyi H.O., Prokopiv M.M. Rezultaty vyvchennia faktoriv ryzyku rozvytku tserebrovaskuliarnykh khvorob u zhinok mista Kyieva. Zdorove zhenshchyny. 2020. №5-6 (151-152). S.54-57.
16. Ukraina v desiatti krain-lideriv z samohubstv. Rezhym dostupu: <http://www.mukachevo.net/ua/News/view/52000-%>. Nazva z ekrana.
17. Chepelevska L. A., Dziuba O. M., Kruchanytsia V. V. Rehionalni osoblyvosti smertnosti naselennia Ukrainy vid fibrozu i tsyroznu pechinky ta alkoholnoi khvoroby pechinky. Ukraina. Zdorovia natsii. 2016. № 4/1 (41). S.218–224.
18. Shchorichna dopovid pro stan zdorovia naselennia, sanitarno-epidemichnu sytuatsiiu ta rezultaty diialnosti systemy okhorony zdorovia Ukrainy. 2016 rik. MOZ Ukrainy, DU «UISD MOZ Ukrainy». Kyiv, 2017. 516 s.
19. Shchorichna dopovid pro stan zdorovia naselennia Ukrainy ta sanitarno-epidemiolohichnu sytuatsiiu ta rezultaty diialnosti systemy okhorony zdorovia Ukrainy. 2017 rik. MOZ Ukrainy. DU «UISD MOZ Ukrainy» K., 2018. 458 s.

Дата надходження рукопису до редакції: 08.02.2022 р.

Мета дослідження: визначити задачі системи громадського здоров'я по формуванню у населення відповідального ставлення до особистого здоров'я.

Матеріали та методи. Бібліосемантичний, структурно-логічного аналізу, соціологічний, статистичний. Соціологічним дослідженням охоплено 195 організаторів охорони здоров'я, 89 сімейних лікарів та 265 респондентів із числа дорослого населення. Статистичне опрацювання результатів опитування проводилося з використанням загальноприйнятих методів медичної статистики.

Результати. Визначено зміст діяльності системи громадського здоров'я з формування у населення відповідального ставлення до особистого здоров'я. Найвищий рівень підтримки респондентів отримали наступні його складові: інформування населення про загрози для здоров'я та життя стани та такти дій при них; інформування населення про систему профілактичних оглядів; інформування населення про принципи первинної та вторинної профілактики захворювань; інформування населення про економічні переваги профілактики захворювань над лікуванням.

Висновки. Використовуючи сучасні форми та методи діяльності система громадського здоров'я має можливість забезпечити формування у населення відповідального ставлення до особистого здоров'я.

Ключові слова: населення, відповідальне ставлення, формування, система громадського здоров'я, задачі.

Goal of research: to define the tasks of the public health system in forming a responsible attitude to personal health among the population.

Materials and methods. The following methods were applied in the course of research: bibliosemantic, of structural-and-logical analysis, sociological, statistical. The sociological survey covers 195 healthcare organizers, 89 family doctors and 265 respondents among the adult population. Statistical processing of the survey results was carried out with the use of generally accepted methods of medical statistics.

Results. The content of the activity of the public health system on the formation of a responsible attitude to personal health among the population has been determined. The following components received the highest level of support among the respondents: informing the population about the conditions threatening to health and life and the tactics of actions with them; informing the population about the system of preventive examinations; informing the population about the principles of primary and secondary prevention of diseases; informing the population about the economic benefits of disease prevention over treatment.

Conclusions. Applying modern forms and methods of activity, the public health system has the opportunity to ensure the formation of a responsible attitude to personal health among the population.

Key words: population, responsible attitude, formation, public health system, tasks.

Відомості про автора

Качур Олександр Юрійович – д.мед.н., ПВНЗ «Київський медичний університет», кафедра громадського здоров'я та мікробіології, професор кафедри. Вулиця Бориспільська, 2, Київ, 02099.
alexandr.kachur2013@icloud.com.

Шафранський В.В.

Оцінка організаторами охорони здоров'я потреби в розвитку системи громадського здоров'я

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

Shafranskiy V.V.

Assessment by healthcare organizers of the need for the development of the public health system

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

shafrav@gmail.com

Вступ

Відповідно до документів ВООЗ [1,2,9,10] в Україні розвивається система громадського здоров'я. Розвиток системи громадського здоров'я в Україні достатньо є науково обґрунтованим, що включає розвиток системи на державному, регіональному та територіальному рівнях [4–7], а також підготовку кваліфікованих кадрів [3] та проведення наукових досліджень [8].

Мета дослідження: дослідити рівень оцінки організаторами охорони здоров'я потреби в розвитку системи громадського здоров'я.

Матеріали та методи

Соціологічний, статистичний, структурно-логічний аналіз. Соціологічним дослідженням охоплено 217 організаторів охорони здоров'я із них: 89 головних лікарів та їх заступників закладів охорони здоров'я первинного рівня, 65 головних лікарів та їх заступників

закладів охорони здоров'я спеціалізованої медичної допомоги, 63 завідувачів відділеннями. Дослідження проводилося з використанням спеціально розробленої анкети. Про розробці анкети використанні документи ВООЗ, які визначають основні оперативні функції громадського здоров'я. В ході проведення дослідження дотримано принцип збереження конфіденційності інформації про респондентів. Участь у дослідженні була добровільною. Статистичне опрацювання результатів опитування проводилося з використанням загальноприйнятих методів медичної статистики.

Результати дослідження та їх обговорення

На початку дослідження було встановлено загальний рівень підтримки необхідності впровадження та розвитку системи громадського опитаними організаторами охорони здоров'я. Отримані результати наведено в табл. 1.

Таблиця 1. Загальний рівень підтримки організаторами охорони здоров'я необхідності розвитку системи громадського здоров'я в Україні

Категорія респондентів	Підтримує		Не підтримує		Не визначився	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Головні лікарі та їх заступники закладів охорони здоров'я первинного рівня	78	87,6	7	7,9	4	4,7
Головні лікарі та їх заступники закладів охорони здоров'я спеціалізованої медичної допомоги	49	75,4	10	15,4	6	9,2
Завідувачі відділеннями	46	73,0	8	12,7	9	14,3

Аналіз наведених в табл. 1 даних вказує на те, що найвище підтримують необхідність розвитку системи громадського здоров'я головні лікарі та їх заступники закладів охорони здоров'я первинного рівня (87,6%), а найнижче завідувачі відділеннями (73,0%) при цьому не визначилися в своєму рішенні 4,7% головних лікарів та їх заступників закладів охорони здоров'я первинного рівня,

9,2% головних лікарів та їх заступників закладів охорони здоров'я спеціалізованої медичної допомоги та 14,3% завідувачів відділеннями.

Далі було досліджено рівень підтримки організаторами охорони здоров'я визначених ВООЗ основних оперативних функцій громадського здоров'я в Україні. Результати дослідження наведено в табл. 2.

Таблиця 2. Рівень підтримки організаторами охорони здоров'я визначених ВООЗ основних оперативних функцій громадського здоров'я в Україні

Основні оперативні функції громадського здоров'я	Головні лікарі та їх заступники закладів охорони здоров'я первинного рівня		Головні лікарі та їх заступники закладів охорони здоров'я спеціалізованої медичної допомоги		Завідувачі відділеннями	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Епідеміологічний нагляд за хворобами та оцінка стану здоров'я населення	89	100,0	62	95,4	58	92,1
Виявлення пріоритетних проблем із здоров'ям та загроз здоров'ю на рівні місцевих громад	88	98,8	63	96,2	60	95,2
Забезпечення готовності та планування на випадок надзвичайних ситуацій в області громадського здоров'я	88	98,8	63	96,2	60	95,2
Оперативні функції захисту здоров'я (в області гігієни навколишнього середовища, гігієни праці, безпеки продуктів харчування та ін.)	89	100,0	62	96,2	63	100,0
Профілактика захворювань	89	100,0	63	96,2	63	100,0
Укріплення здоров'я	89	100,0	63	96,2	61	
Забезпечення компетентними кадрами для громадського здоров'я та надання індивідуальної медичної допомоги	89	100,0	62	95,4	60	95,2
Основне стратегічне керівництво, фінансування та гарантування якості в громадському здоров'ї	89	100,0	64	98,5	61	96,8
Основна комунікація в інтересах громадського здоров'я	89	100,0	65	100,0	63	100,0
Наукові дослідження в громадського здоров'я	87	97,7	64	98,5	60	95,2

Аналіз наведених в табл. 2 даних вказує на наступне. Із числа опитаних головних лікарів та їх заступників закладів охорони первинного рівня 100% опитаних підтримує виконання системою громадського здоров'я наступних основних оперативних функцій, які визначені для системи ВООЗ: епідеміологічний нагляд за хворобами та оцінка стану здоров'я населення; оперативні функції захисту здоров'я (в області гігієни навколишнього середовища, гігієни праці, безпеки продуктів харчування та ін.); профілактика захворювань; укріплення здоров'я; забезпечення компетентними кадрами для громадського здоров'я та надання індивідуальної медичної допомоги; основне стратегічне керівництво, фінансування та гарантування якості в громадському здоров'ї; основна комунікація в інтересах громадського здоров'я. Із числа опитаних головних лікарів та їх заступників закладів охорони здоров'я спеціалізованої медичної допомоги 100% опитаних підтримує виконання системою громадського здоров'я наступних основних оперативних функцій: основна комунікація в інтересах громадського здоров'я, а завідувачі відділеннями відповідно підтримали: оперативні функції захисту здоров'я (в області гігієни навколишнього середовища, гігієни праці,

безпеки продуктів харчування та ін.); профілактика захворювань; основна комунікація в інтересах громадського здоров'я. Інші оперативні функції підтримали для виконання системою громадського здоров'я в Україні більше 90% всіх опитаних організаторів охорони здоров'я.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням ефективності діяльності системи громадського здоров'я в Україні.

Висновки

В ході соціологічного дослідження встановлено високий рівень підтримки організаторами охорони здоров'я необхідності розвитку в Україні системи громадського здоров'я. Так, подальший розвиток системи громадського здоров'я в Україні підтримало 87,6% із числа опитаних головних лікарів та їх заступників закладів охорони здоров'я первинного рівня, 75,4% головних лікарів та їх заступників закладів охорони здоров'я спеціалізованої медичної допомоги та 73,0% завідувачів відділеннями. При цьому найвищий рівень підтримки

отримали наступні основні оперативні функції (в області гігієни навколишнього середовища, гігієни громадського здоров'я, які встановлені ВООЗ: праці, безпеки продуктів харчування та ін.); профілактика епідеміологічний нагляд за хворобами та оцінка стану захворювань; основна комунікація в інтересах здоров'я населення; оперативні функції захисту здоров'я громадського здоров'я.

Література

1. Европейский план действий по укреплению потенциала и услуг общественного здравоохранения. Копенгаген : Европейское региональное бюро ВОЗ, 2012 (документ EUR/RC62/12):. 52 с.
2. Здоровье – 2020. Основы европейской политики и стратегия для XXI века [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.euro.who.int/PubRequest?language=Russian>.
3. Миронюк І.С., Слабкий Г.О., Білак-Лук'янчук В.Й., Кручаниця В.В. Готуємо магістрів громадського здоров'я. Сучасні медичні технології. 2020; 2 (45):. С. 32 – 39.
4. Миронюк І.С., Слабкий Г.О., Шафранський В.В., Брич В.В., Білак-Лук'янчук В.Й. Територіальні громади як базовий рівень забезпечення зміцнення та збереження здоров'я населення. Україна. Здоров'я нації. 2021; 4.: 57-62
5. Слабкий Г. О., Миронюк І. С., Брич В. В., Білак-Лук'янчук В. Й. Методологія впровадження системи громадського здоров'я на рівні об'єднаних територіальних громад. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2020; 3 (85):. 62-66.
6. Слабкий Г.О., Миронюк І.С., Шафранський В.В., Закрутько Л.І., Качала Л.О., Дудник С.В. Задачі та функції громадського здоров'я регіонального рівня. Перелік наукової (науково-технічної) продукції, призначеної для впровадження досягнень медичної науки у сферу охорони здоров'я. Випуск 4, Київ, 2018. № 229/4/17.
7. Слабкий Г.О., Миронюк І.С., Шафранський В.В., Закрутько Л.І., Качала Л.О., Дудник С.В. Задачі та функції громадського здоров'я центрального рівня. Перелік наукової (науково-технічної) продукції, призначеної для впровадження досягнень медичної науки у сферу охорони здоров'я. Випуск 4, Київ, 2018. 235/4/17.
8. Слабкий Г.О., Шафранський В.В., Миронюк І.С., Качала Л.О. Пропозиції до запровадження наукової спеціальності «Громадське здоров'я». Україна. Здоров'я нації. 2017; 4.:56-58.
9. Шафранський В. В., Слабкий Г. О., Качала Л. О. Основи Європейської політики і стратегія для XXI століття: стратегічне керівництво в інтересах здоров'я. Економіка і право охорони здоров'я. 2016; 2 (4): 72–75.
10. Шафранський В. В., Слабкий Г. О., Качала Л. О. Характеристика мети, стратегічних завдань та пріоритетів Європейської політики «Здоров'я–2020» і їх значення для системи охорони здоров'я України. Матеріали міжнародної науково-практичної конференції, м. Одеса, 19–20 лютого 2016 р.: збірник тез наукових робіт. Одеса : ГО «Південна фундація медицини», 2016: 121–123.

References

1. Evropeyskiy plan deistviy po ukrepleniyu potentsyala y usluh obshchestvennoho zdravookhraneniya. Kopenhagen : Evropeyskoe rehyonalnoe biuro VOZ, 2012 (dokument EUR/RC62/12):. 52 с.
2. Zdorove – 2020. Osnovy evropejskoj politiki i strategiya dlya XXI veka [Elektronnyj resurs]. Rezhim dostupu: <http://www.euro.who.int/PubRequest?language=Russian>
3. Myroniuk I.S., Slabkyi H.O., Bilak-Lukianchuk V.I., Kruchanytsia V.V. Hotuiemo mahistriv hromadskoho zdorovia. Suchasni medychni tekhnolohii. 2020; 2 (45):. S. 32 – 39.
4. Myroniuk I.S., Slabkyi H.O., Shafranskiy V.V., Brych V.V., Bilak-Lukianchuk V.I. Terytorialni hromady yak bazoviy riven zabezpechennia zmitsnennia ta zberezhennia zdorovia naselelnia. Ukraina. Zdorovia natsii. 2021; 4.: 57-62
5. Slabkyi H. O., Myroniuk I. S., Brych V. V., Bilak-Lukianchuk V. Y. Metodolohiia vprovadzhennia systemy hromadskoho zdorovia na rivni obiednanykh terytorialnykh hromad. Visnyk sotsialnoi hihiieny ta orhanizatsii okhorony zdorovia Ukrainy. 2020; 3 (85):. 62-66.
6. Slabkyi H.O., Myroniuk I.S., Shafranskiy V.V., Zakrutko L.I., Kachala L.O., Dudnyk S.V. Zadachi ta funktsii hromadskoho zdorovia rehionalnoho rivnia. Perelik naukovoi (naukovo-tekhnichnoi) produktsii, pryznachenoii dlia vprovadzhennia dosiahnen medychnoi nauky u sferu okhorony zdorovia. Vypusk 4, Kyiv, 2018. № 229/4/17.
7. Slabkyi H.O., Myroniuk I.S., Shafranskiy V.V., Zakrutko L.I., Kachala L.O., Dudnyk S.V. Zadachi ta funktsii hromadskoho zdorovia tsentralnoho rivnia. Perelik naukovoi (naukovo-tekhnichnoi) produktsii, pryznachenoii dlia vprovadzhennia dosiahnen medychnoi nauky u sferu okhorony zdorovia. Vypusk 4, Kyiv, 2018. 235/4/17.
8. Slabkyi H.O., Shafranskiy V.V., Myroniuk I.S., Kachala L.O. Propozytsii do zaprovadzhennia naukovoi spetsialnosti «Hromadske zdorovia». Ukraina. Zdorovia natsii. 2017; 4.:56-58.
9. Shafranskiy V. V., Slabkyi H. O., Kachala L. O. Osnovy Yevropeiskoi polityky i stratehiia dlia KhKhI stolittia: stratehichne kerivnytstvo v interesakh zdorovia. Ekonomika i pravo okhorony zdorovia. 2016; 2 (4): 72–75.
10. Shafranskiy V. V., Slabkyi H. O., Kachala L. O. Kharakterystyka mety, stratehichnykh zavdan ta priorytetiv Yevropeiskoi polityky «Zdorovia–2020» i yikh znachennia dlia systemy okhorony zdorovia Ukrainy. Materialy mizhnarodnoi

naukovo-praktychnoi konferentsii, m. Odesa, 19–20 liutoho 2016 r.: zbirnyk tez naukovykh robot. Odesa : NO «Pivdenna fundatsiia medytsyny», 2016: 121–123.

Дата надходження рукопису до редакції: 04.02.2022 р.

Мета: дослідити рівень оцінки організаторами охорони здоров'я потреби в розвитку системи громадського здоров'я.

Матеріали та методи. Соціологічний, статистичний, структурно-логічного аналізу. Соціологічним дослідженням охоплено 217 організаторів охорони здоров'я із них: 89 головних лікарів та їх заступників закладів охорони здоров'я первинного рівня, 65 головних лікарів та їх заступників закладів охорони здоров'я спеціалізованої медичної допомоги, 63 завідувачів відділеннями.

Результати. подальший розвиток системи громадського здоров'я в Україні підтримало 87,6% опитаних головних лікарів та їх заступників закладів охорони здоров'я первинного рівня, 75,4% головних лікарів та їх заступників закладів охорони здоров'я спеціалізованої медичної допомоги та 73,0% завідувачів відділеннями. Найвищий рівень підтримки отримали наступні основні оперативні функції громадського здоров'я: епідеміологічний нагляд за хворобами та оцінка стану здоров'я населення; оперативні функції захисту здоров'я; профілактика захворювань; основна комунікація в інтересах громадського здоров'я.

Висновки. В ході дослідження отримано високий рівень оцінка організаторами охорони здоров'я потреби в розвитку системи громадського здоров'я.

Ключові слова: система громадського здоров'я, розвиток, організатори охорони здоров'я, підтримка, розвиток.

Goal of research: to study the level of assessment by healthcare organizers of the need for the development of the public health system.

Materials and methods. Sociological, statistical methods and the method of structural-and-logical analysis was used in the course of study. The sociological survey covers 217 healthcare organizers, including 89 chief doctors and their deputies of primary healthcare institutions, 65 chief doctors and their deputies of specialized health care institutions, 63 heads of departments.

Results. Further development of the public health system in Ukraine was supported by 87.6% of the surveyed chief doctors and their deputies of primary healthcare institutions, 75.4% of chief doctors and their deputies of health care institutions of specialized medical care and 73.0% of heads of departments. The highest level of support was received by the following main operational functions of public health: epidemiological surveillance of diseases and assessment of the state of health of the population; operational functions of health protection; disease prevention; basic communication in the interests of public health.

Conclusions. During the study, a high level of assessment by healthcare organizers of the need for the development of the public health system was obtained.

Key words: public health system, development, healthcare organizers, support, development.

Відомості про автора

Шафранський Віктор Вікторович – д.мед.н., професор кафедри гігієни та екології №4 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця; бульвар Тараса Шевченка, 13, Київ, 01601.
shafrav@gmail.com.

Дуткевич-Іванська Ю.В., Русин Л.П., Сабашош М.В.

Особливості фізичного розвитку дітей молодшого шкільного віку

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

Dutkevych-Ivanska Yu.V., Rusyn L.P., Sabadosh M.V.

Features of physical development of children of primary school age

Uzhhorod National University,
Uzhhorod, Ukraine

julia.dutkevuch@uzhnu.edu.ua

Вступ

Фізичний розвиток дітей – це безперервний процес, який проходить у кілька етапів. Кожний етап вікового розвитку людини характеризується певним комплексом морфофункціональних властивостей організму. Характерними особливостями процесу розвитку дитячого організму є нерівномірність, тобто гетерохронізм і хвилеподібність, які пояснюються тим, що після періодів посиленого росту спостерігаються періоди уповільнення [1].

Молодший шкільний вік вважається дуже відповідальним етапом у житті дитини та найсприятливішим періодом для росту та загартовування організму дитини, а також розвитку більшості фізичних якостей, формування інтересів, потреб і звичок дитини [2].

Зміцнення та збереження здоров'я підростаючого покоління є одним із найактуальніших завдань нашого суспільства, адже саме у дитинстві закладається фундамент здоров'я людини. Однак, на сьогодні у нашій країні спостерігається погіршення стану здоров'я учнівської молоді. Згідно даних Міністерства охорони здоров'я України близько 79% учнів мають різноманітні відхилення в стані здоров'я та лише 12% дітей віком від 8 до 18 років є практично здоровими [3].

Однією із причин погіршення здоров'я є те, що провідною діяльністю молодших школярів є навчальна, яка характеризується неадекватним збільшенням розумових і емоційних навантажень на організм дитини. При цьому спостерігається нерациональне планування режиму дня молодших школярів, що, у свою чергу, призводить до зниження рухової активності учнів [4]. Відомо, що недостатня рухова активність провокує різноманітні відхилення у стані здоров'я дитини, зокрема, погіршення діяльності кардіореспіраторної системи, зниження функціонування нервово-м'язового апарату, зниження розумової працездатності тощо. Тому, актуальним залишається питання визначення рівня фізичного розвитку учнів молодших класів, здійснення його діагностики та застосування в разі необхідності різноманітних оздоровчих технологій [5].

Мета дослідження: вивчити та оцінити рівень фізичного розвитку дітей молодшого шкільного віку.

Матеріали та методи

Об'єкт дослідження: фізичний розвиток дітей молодшого шкільного віку.

Методи дослідження: теоретичний аналіз і узагальнення літературних джерел, методи соматоскопії та антропометрії, аналіз отриманих результатів та їх математична обробка.

База дослідження – Ужгородська спеціалізована школа I-III ст. №5 з поглибленим вивченням іноземних мов Ужгородської міської ради Закарпатської області. Дослідження проводилося з учнями початкових класів. Середній вік дітей становив 7,7 років. Всього обстежено 41 дитину, серед яких 23 хлопчики та 18 дівчаток.

Матеріали та методи соматоскопії та антропометрії

Соматоскопія – це метод візуального дослідження та оцінки описових ознак фізичного розвитку з метою отримання загального враження про фізичний розвиток обстежуваного. Антропометрія – це метод антропологічного дослідження, який полягає у вимірюванні тіла людини та його частин з метою встановлення особливостей фізичної будови.

Для оцінки фізичного розвитку молодших школярів ми застосовували антропометричні індекси, що відображають взаємозв'язки між різними антропометричними показниками. Так, для визначення того скільки грамів маси тіла припадає на сантиметр довжини тіла, ми використовували ваго-ростовий індекс (індекс Кетле). У нормі величина індексу Кетле для учнів молодших класів коливається у межах 180-260 г, причому слід вказати, що і для хлопчиків, і для дівчаток він майже однаковий.

Силовий індекс (СІ) відображає розвиток сили окремих груп м'язів учнів відносно маси тіла. Із метою оцінки резервних можливостей дихальної системи нами реєструвалася за допомогою сухого портативного спірометра життєва ємність легень (ЖЄЛ). За відношенням ЖЄЛ у мл до маси тіла у кг ми визначали життєвий індекс (ЖІ).

За індексом Пінье ми оцінювали міцність тілобудови учнів. Даний індекс ми розраховували за формулою:

$$I = P - (M + O), \text{ де}$$

P – зріст (см);

M – маса тіла (кг);

O – обхват грудної клітки на видиху (см).

Для визначення пропорційності розвитку грудної клітки у молодших школярів ми використовували індекс Ерісмана, який вираховували шляхом віднімання від обхвату грудної клітки в спокої у см половини зросту в см. Даний індекс у нормі для дітей 6-8 років складає 0-2 см, що вказує на добре розвинену грудну клітку. Якщо ж різниця менша або має негативне значення – це свідчить про вузьку грудну клітку.

Функціональні резерви дихальної та серцево-судинної системи ми визначали за допомогою індексу Скібінської. Результати оцінювали за наступною шкалою: більше 60 с – відмінно, 30-60 с – добре, 10-29 с – задовільно, 5-9 с – погано, менше 5 с – дуже погано.

Індекс гіпоксії (ІГ) характеризує ступінь стійкості організму дитини до дефіциту кисню. Даний індекс ми розраховували за формулою:

$$ІГ = Т \text{ вид.} / ЧСС, \text{ де}$$

ІГ – індекс гіпоксії (ум. од.);

Т вид. – час затримки дихання на видиху (с);

ЧСС – частота серцевих скорочень (уд./хв).

Аналіз отриманих результатів та їх математична обробка

Статистична обробка результатів досліджень виконувалась на персональному комп'ютері з використанням пакета прикладних програм Excel 2016 з Office 2016 Professional фірми Microsoft (США). Визначалися такі статистичні характеристики: середня арифметична, (M); стандартна похибка середньої арифметичної (m); критерій t-Стюдента; достовірність

відмінностей (p). Результати вважали достовірними в тому випадку, коли коефіцієнт достовірності дорівнював 0,05 або був меншим.

Результати дослідження та їх обговорення

У ході дослідження було проведено аналіз показників фізичного розвитку хлопчиків і дівчаток, які навчаються у 2 та 3 класах Ужгородської спеціалізованої школи І-ІІІ ст. №5 з поглибленим вивченням іноземних мов Ужгородської міської ради Закарпатської області.

Критерієм резерву функцій зовнішнього дихання виступає життєвий індекс (ЖІ). Причому багатьма дослідниками доведено, що високий життєвий індекс свідчить про більші резерви апарату зовнішнього дихання. Як видно з таблиці, у хлопчиків, які навчаються у 3 класі, життєвий індекс більше на 6,8%, ніж у хлопчиків другокласників. У дівчаток із віком теж спостерігається підвищення середніх значень вищезгаданого індексу. Однак варто зазначити, що у школярів, які брали участь у дослідженні, середньогрупові значення життєвого індексу є вищими, ніж у хлопчиків. На нашу думку, це пов'язано з тим, що у дівчаток зареєстровано меншу вагу тіла.

Аналіз науково-методичної літератури свідчить про те, що з віком у дітей зростає м'язова сила. При цьому доведено, що у хлопчиків сила зростає значно більше, ніж у дівчаток. Збільшення м'язової сили призводить до збільшення силового індексу (СІ), який відображає розвиток сили певних груп м'язів відносно до маси тіла. У восьмирічних хлопчиків середнє значення силового індексу зросло на 6,9%, а у дівчаток – на 7,7%, порівняно з семирічними школярами. Аналізуючи дані наших досліджень, ми виявили, що у хлопчиків, які навчаються у 2 класі, рівень вищезгаданого показника «нижчий за середній», а у хлопчиків – третьокласників рівень силового індексу зріс і відповідає «середньому» рівню.

Таблиця. Порівняльний аналіз показників фізичного розвитку молодших школярів (p<0,05)

Індекс	Клас	Середнє значення, $\bar{x} \pm m$	
		хлопчики (n=23)	дівчатка (n=18)
Ваго-ростовий індекс, кг/м	2 клас	186,10±8,04	176,09±2,36
	3 клас	208,67±1,99	184,13±1,87
Силовий індекс, %	2 клас	50,29±0,93	40,36±1,88
	3 клас	53,79±2,00	43,48±2,61
Життєвий індекс, мл/кг	2 клас	42,87±1,63	46,59±1,39
	3 клас	45,78±2,95	48,45±3,74
Індекс Піньє, ум. о.	2 клас	42±1,40	43,4±0,64
	3 клас	32,13±0,93	37,75±1,40
Індекс Ерісмана, см	2 клас	-2,25±0,28	-2,7±0,21
	3 клас	-1±0,19	-1,38±0,42
Індекс Скібінської, ум. о.	2 клас	1,72±0,15	1,69±0,06
	3 клас	2,44±0,13	2,25±0,12
Індекс гіпоксії, ум. о.	2 клас	0,17±0,01	0,17±0,002
	3 клас	0,22±0,007	0,21±0,01

Разом із тим, у дівчаток з семи до восьмирічного віку силовий індекс також зростає з «низького» до «нижче за середній». Низькі значення вищезгаданого показника вказують на те, що у процесі занять фізичною культурою варто інтенсифікувати тренування на розвиток сили молодших школярів.

Як у хлопчиків так і у дівчаток, які навчаються у третьому класі, зареєстровано вірогідну різницю середніх значень індексу Пінъє, який характеризує міцність тілобудови молодших школярів. Разом із тим, якщо другокласники мають дуже слабку тілобудову, то третьокласники – слабку, що свідчить про те, що з віком збільшуються обхватні розміри грудної клітки на видиху.

У ході проведення дослідження спостерігається вірогідне покращення середніх значень індексу Ерісмана у третьокласників обох статей порівняно з другокласниками (у хлопчиків на 55,6% та у дівчаток на 48,9%). Однак хоча середньогрупові значення різниці обхвату грудної клітки та половини зросту підвищилися вони мають негативне значення, що свідчить про вузьку грудну клітку молодших школярів.

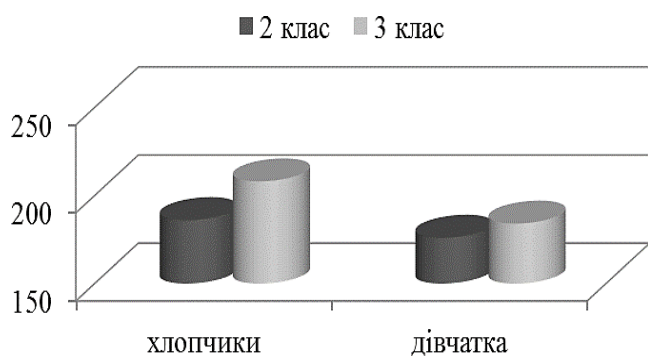


Рис. Показники ваго-ростового індексу хлопчиків і дівчаток, які навчаються у 2 і 3 класах ($p < 0,05$)

На рисунку видно, що у період з 2 по 3 клас у молодших школярів обох статей зареєстровано підвищення середніх значень ваго-ростового показника. Так, у хлопчиків-третьокласників вищезгаданий показник зріс на 12,13%, а у дівчаток – на 4,57%. Отримані значення свідчать про те, що у дівчаток, які навчаються у 2 класі, виявлено дефіцит маси тіла (176,09 г, а нормою є 180 г), а в інших учнів, які брали участь у дослідженні, визначено нормальну масу тіла.

Із віком зареєстровано покращення середніх значень індексу Скібінської, який характеризує потенційні можливості системи зовнішнього дихання, стійкість до гіпоксії та рівень узгодженості функціонування дихальної системи із системою кровообігу. Так, у хлопчиків і дівчаток, які навчаються у 3 класі, середні значення індексу Скібінської збільшились на 41,9% та 33,1%, відповідно, порівняно з другокласниками. Однак, оцінивши отримані результати ми визначили, що

середньогрупові значення індексу Скібінської, як хлопчиків так і дівчаток, незалежно від віку, залишаються відповідати оцінці «дуже погано», а це, в свою чергу, свідчить про низькі функціональні резерви кардіореспіраторної системи молодших школярів.

У школярів, які навчаються у 2 і 3 класах, ми оцінювали ступінь стійкості організму хлопчиків і дівчаток до гіпоксії. Отримані результати свідчать, що у хлопчиків-третьокласників зросло середнє значення індексу гіпоксії на 29,4%, а у дівчаток-третьокласниць – на 23,5%.

З огляду на низькі середні значення індексів Скібінської та гіпоксії, на нашу думку, до занять фізичною культурою доцільно включати різноманітні дихальні вправи для підвищення життєвої ємності легень та збільшення тривалості затримки дихання на вдиху та на видиху.

Наші дослідження підтвердили те, що в учнів молодших класів із кожним роком спостерігаються позитивні зміни показників, які допомагають оцінити рівень їх фізичного розвитку.

Перспективи подальших досліджень пов'язані із особливостями фізичного розвитку підлітків у період статевого дозрівання.

Висновки

Аналіз наявної науково-методичної літератури дозволив охарактеризувати особливості фізичного розвитку дітей молодшого шкільного віку. Головним завданням сьогодення є зміцнення та збереження здоров'я підростаючого покоління, а для вирішення даного завдання важливо проводити систематичну оцінку фізичного розвитку й аналіз показників приросту індивідуальних результатів кожного учня протягом його навчання в початковій школі, що, у свою чергу, сприятиме позитивному психологічному настрою дітей та спонукатиме їх до досягнення найвищих результатів.

Оцінку фізичного розвитку учнів, які брали участь у дослідженні, проводили методом індексів. Так, між отриманими результатами хлопчиків і дівчаток вірогідних відмінностей не зареєстровано. Однак у хлопчиків молодшого шкільного віку спостерігається вищий рівень силового індексу, порівняно з дівчатками. Результати дослідження особливостей фізичного розвитку учнів 2 та 3 класів свідчать про те, що із віком у хлопчиків і у дівчаток відбуваються зміни у фізичному розвитку.

Аналіз результатів проведеного дослідження показав, що низькі значення силового індексу, індексу Скібінської та індексу гіпоксії свідчать про необхідність включення у заняття фізичної культурою різноманітних дихальних вправ, які б сприяли підвищенню життєвої ємності легень, покращенню часу затримки дихання на вдиху та видиху, а також вправ силового спрямування.

Література

1. Захарова І. Г. «Інформаційні технології освіти». 4-те вид., стер. М.: Academia, 2013. 192 с.
2. Критерії оцінки фізичного розвитку дітей шкільного віку: наказ МОЗ України від 13.09.2013 р. № 802. К., 2013. 32 с.
3. Пропедевтична педіатрія: підручник для студентів вищих медичних навчальних закладів. В.Г. Майданник, В.Г. Бурлай, О.З. Гнатейко [та ін.]; за ред. проф. В.Г. Майданника. Вінниця: Нова Книга, 2012. 880 с.: іл. С. 96-149.
4. Рубан В.Ю. Вікові особливості фізичного розвитку учнів початкових класів сільських загальноосвітніх шкіл. Спортивний вісник Придніпров'я. 2016. № 3. С. 184-188.
5. Федоренко В.І. Кіцула Л.М. Територіальні особливості фізичного розвитку школярів. Довкілля та здоров'я. 2015. № 2 (73). С.14-19.

References

1. Zakharova I. H. «Informatsiini tekhnolohii osvity». 4-te vyd., ster. M.: Academia, 2013. 192 s.
2. Kryterii otsinky fizychnoho rozvytku ditei shkilnoho viku: nakaz MOZ Ukrainy vid 13.09.2013 r. № 802. K., 2013. 32 s.
3. Propedevtychna pediatriia: pidruchnyk dlia studentiv vyshchych medychnykh navchalnykh zakladiv. V.H. Maidannyk, V.H. Burlai, O.Z. Hnateiko [ta in.]; za red. prof. V.H. Maidannya. Vinnytsia: Nova Knyha, 2012. 880 s.: il. S. 96-149.
4. Ruban V.Iu. Vikovi osoblyvosti fizychnoho rozvytku uchniv pochatkovykh klasiv silskykh zahalnoosvitnikh shkil. Sportyvnyi visnyk Prydniprovia. 2016. № 3. S. 184-188.
5. Fedorenko V.I. Kitsula L.M. Terytorialni osoblyvosti fizychnoho rozvytku shkoliariv. Dovkillia ta zdorovia. 2015. № 2 (73). S.14-19.

Дата надходження рукопису до редакції: 23.12.2021 р.

Мета дослідження: вивчити та оцінити рівень фізичного розвитку дітей молодшого шкільного віку.

Матеріали та методи. Дослідження проводилося з учнями початкових класів. Середній вік дітей становив 7,7 років. Всього обстежено 41 дитину, серед яких 23 хлопчики та 18 дівчаток. Методи дослідження – теоретичний аналіз і узагальнення літературних джерел, методи соматоскопії та антропометрії, аналіз отриманих результатів та їх математична обробка.

Результати. У ході дослідження було проведено аналіз показників фізичного розвитку хлопчиків і дівчаток, які навчаються у 2 та 3 класах Ужгородської спеціалізованої школи I-III ст. № 5 з поглибленим вивченням іноземних мов Ужгородської міської ради Закарпатської області. Наші дослідження підтвердили те, що в учнів молодших класів із кожним роком спостерігаються позитивні зміни показників, які допомагають оцінити рівень їх фізичного розвитку.

Висновки. Оцінку фізичного розвитку учнів, які брали участь у дослідженні, проводили методом індексів. Так, між отриманими результатами хлопчиків і дівчаток вірогідних відмінностей не зареєстровано. Однак у хлопчиків молодшого шкільного віку спостерігається вищий рівень силового індексу, порівняно з дівчатками. Результати дослідження особливостей фізичного розвитку учнів 2 та 3 класів свідчать про те, що із віком у хлопчиків і у дівчаток відбуваються зміни у фізичному розвитку. Аналіз результатів проведеного дослідження показав, що низькі значення силового індексу, індексу Скібінської та індексу гіпоксії свідчать про необхідність включення у заняття фізичної культурою різноманітних дихальних вправ, які б сприяли підвищенню життєвої смності легень, покращенню часу затримки дихання на вдиху та видиху, а також вправ силового спрямування.

Ключові слова: фізичний розвиток, діти, молодший шкільний вік.

The purpose of the research: to study and assess the level of physical development of primary school children.

Materials and methods. The research was conducted with primary school students. The average age of children was 7.7 years. A total of 41 children were examined, including 23 boys and 18 girls. Research methods – theoretical analysis and generalization of literature sources, methods of somatoscopy and anthropometry, analysis of the results and their mathematical processing.

Results. In the course of the research the analysis of indicators of physical development of boys and girls studying in 2nd and 3rd grades of Uzhhorod specialized school of I-III degrees № 5 with in-depth study of foreign languages of Uzhhorod city council of Transcarpathian region. Our research has confirmed that younger students have positive changes every year, which help to assess the level of their physical development.

Conclusions. Assessment of the physical development of students who participated in the study was conducted using the index method. Thus, no significant differences were registered between the obtained results of boys and girls. However, boys of primary school age have a higher level of strength index compared to girls. The results of the study of the peculiarities of physical

development of 2nd and 3rd grade students show that with age, boys and girls change in physical development. Analysis of the results of the study showed that low values of strength index, Skibinsky index and hypoxia index indicate the need to include in physical education a variety of breathing exercises that would increase vital capacity, improve respiratory arrest on expiration and exhalation, and strength exercises.

Key words: physical development, children, primary school age.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflict of interest: absent.

Відомості про авторів

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

julia.dutkevuch@uzhnu.edu.ua.

Русин Людмила Петрівна – к. мед. н., доцент кафедри основ медицини, факультет здоров'я та фізичного виховання, ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; 88000, Україна, м. Ужгород, вул. Митна, 29.

ljudmila.rusun@uzhnu.edu.ua.

Сабодош Мар'яна Володимирівна – кандидат наук з фізичного виховання і спорту, доцент кафедри фізичної реабілітації, факультет здоров'я та фізичного виховання, ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; 88000, Україна, м. Ужгород, вул. Митна, 29.

mariannia.sabadosh@uzhnu.edu.ua.

Русин Л.П., Дуткевич-Іванська Ю.В., Сабашош М.В.

Rusyn L.P., Dutkevych-Ivanska Yu.V., Sabadosh M.V.

Деякі аспекти репродуктивного здоров'я сучасних підлітків

Some aspects of reproductive health of modern adolescents

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»,
м. Ужгород, УкраїнаUzhhorod National University,
Uzhhorod, Ukraine

ljudmula.rusun@uzhnu.edu.ua

Вступ

Для забезпечення високого соціально-економічного розвитку держави необхідне здорове суспільство. Тому демографічним процесам належить визначальна роль у аспекті довгострокових перспектив. Основним компонентом здоров'я нації є репродуктивне здоров'я населення. Особливо це стосується підлітків [1,2].

У Концепції Загальнодержавної програми «Здоров'я-2020: український вимір» зазначається, що останні десятиліття в Україні спостерігається несприятлива демографічна ситуація, яка не має тенденції для покращення і характеризується скороченням чисельності населення за рахунок низького рівня народжуваності, високої смертності, зменшенням тривалості життя та погіршенням стану соматичного здоров'я. В таких умовах стан репродуктивного здоров'я набуває особливого значення, так як є важливим чинником сприяння народжуваності та здоров'я підростаючого покоління [3–6].

Питання зміцнення та збереження репродуктивного здоров'я підлітків набувають надзвичайно важливого значення та потребують особливої уваги суспільства. Саме у цей період життя молоді людини завершується фізичний та статевий розвиток, можуть виникати захворювання жіночої статеві сфери та формується потенціал майбутньої матері [7–9].

Мета роботи – оцінити та проаналізувати стан репродуктивного здоров'я сучасних підлітків.

Матеріали та методи

Проведено анонімне анкетування дівчат-підлітків, віком 15-18 років, яке проводилось за спеціально розробленою анкетой. Статистична обробка результатів дослідження здійснювалася з використанням стандартних програм Microsoft Excel 5.0 та «Statistica 6.0». Методами дослідження слугували: медико-статистичний, соціологічний, структурно-логічний аналіз.

Результати дослідження та їх обговорення

Під час дослідження було здійснено анонімне опитування. Анкетування проведено у двох вікових

групах дівчат-підлітків: 15–16 років (30 дівчат) та 17–18 років (30 дівчат). У дослідженні прийняли участь учениці старших класів загально-освітніх шкіл міста Ужгорода та студентки –першокурсниці ДВНЗ «УжНУ». На момент проведення дослідження 68,3% підлітків проживали вдома із сім'єю, 16,7% – в гуртожитку та 15% – у орендованому житлі.

Враховуючи те, що криза підліткового віку, несприятливі соціально-побутові умови, шкідливі звички є факторами, що сприяють виникненню емоційної напруги та ведуть до порушення становлення репродуктивної функції, ми вважали за необхідне долучити до анкети запитання про склад сім'ї. При аналізі відповідей респонденток виявлено, що 73,3% виховувалися батьком і батьками, 23,4% – тільки мамою, 3,3% – іншими родичами.

Проте, аналіз впливу соціально-економічного стану на частоту раннього початку статевого життя дівчаток-підлітків у віковій групі 15-16 років суттєво не відрізнявся від дівчат із повних сімей та тих, кого виховує один із батьків чи інші родичі (10% проти 13,3%). У віковій когорті 17-18 років спостерігалася така ситуація – 33,3% проти 36,6% відповідно ($p < 0,05$).

Результати аналізу щодо джерел інформації про статеве життя та репродуктивне здоров'я виявилися досить цікавими. Серед опитаних 86,7% добре знають та розуміють, що таке репродуктивне здоров'я, 63,3% респондентів отримує інформацію про репродуктивне здоров'я із засобів масової інформації, 43,3% – від друзів та знайомих, 46,7% – у закладах вищої освіти, з газет та журналів – 15% респондентів, інформацію з науково-популярних книг про здоров'я обирають 35% респондентів, 18,3% – дізнаються від працівників охорони здоров'я.

Досліджено використання засобів запобігання небажаній вагітності серед дівчат-підлітків обох вікових груп. Аналізуючи дані анкет, можемо стверджувати, що серед вікової групи дівчат підлітків 15-16 років, які живуть статевим життям, завжди користуються контрацептивами 43,3%, інколи – 50%, не користувалися ніколи – 6,7%. Серед вікової групи 17-18 років – 73,3%, 20% та 6,7% відповідно ($p < 0,05$).

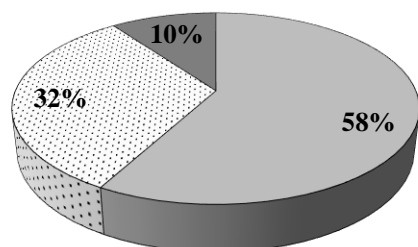
Серед основних методів контрацепції дівчата-підлітки зазначали: перерваний статевий акт – 68,3%, використання презервативу – 20%, застосування

сперміцидів – 6,6%, вживання на постійній основі комбінованих оральних контрацептивів (КОК) – 3,3% і лише 1,8% використовували метод поєданого використання КОК та презервативу, згідно рекомендацій ВООЗ.

У більшості закладів вищої освіти профілактичною роботою займаються вчителі та викладачі 58%, на другому місці – працівники охорони здоров'я 32%, а на третьому – соціальні працівники 10% (рис. 1).

Згідно з даними анкет, 71,6% дівчат-підлітків вважають, що проводити сексуальну освіту найбільш зручніше було б в школі чи закладі вищої освіти на окремих заняттях або курсах, 21,7% респондентів – в спеціальних консультативних центрах і 6,7% – у закладах охорони здоров'я (рис. 2).

Профілактична робота



■ Викладачі □ Медики ■ соціальні працівники

Рис. 1. Провайдери профілактичної роботи серед студентів в закладах вищої освіти

Місце проведення занять

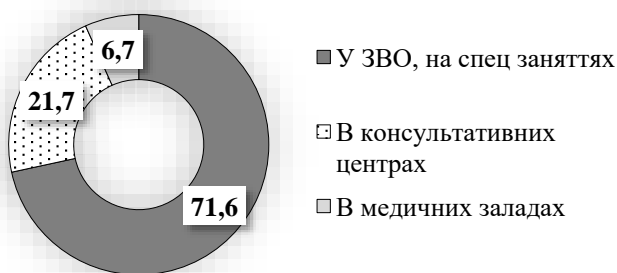


Рис. 2. Місце впровадження заходів профілактичної роботи серед студентів, %

Проаналізувавши результати анкетування, можна зробити висновок що, найбільше на репродуктивне здоров'я дівчат-підлітків впливають такі фактори як спосіб життя 68,3%, особливості харчування 48,3%, незахищені статеві стосунки 26,6% та недостатня обізнаність про проблеми репродуктивного здоров'я 25%, шкідливі звички та недостатня турбота про своє здоров'я; якість медичного обслуговування 26,6%, екологічна обстановка 18,3%.

Виявлено прямий взаємозв'язок між частотою статевого життя у групі дівчат-підлітків та наявністю захворювань статевих органів. За даними анкет, порушення менструального циклу відмічали 68,3% дівчат-підлітків обох груп. Проаналізувавши взаємозв'язок порушень менструального циклу та репродуктивної поведінки дівчини-підлітка, бачимо, що порушення менструального циклу у 1,6 разів частіше зустрічається у респонденток, які живуть статевим життям.

Перспективи подальших досліджень

Отримані результати дослідження дозволяють виявити чинники, що негативно впливають на репродуктивне здоров'я підлітків та розробити алгоритм його покращення.

Висновки

Питання зміцнення та збереження репродуктивного здоров'я сучасних підлітків стоїть надзвичайно гостро. Проаналізувавши результати анкетування дівчат-підлітків, необхідно звернути увагу на проблему раннього початку статевого життя, низький рівень використання контрацепції з доведеною ефективністю, незадовільної поінформованості з питань репродуктивного здоров'я молоді та методів планування сім'ї. Необхідним є залучення до інформаційно-просвітницької роботи крім педагогів та працівників закладів охорони здоров'я і батьків.

Література

1. Бялик О.В. Стандарти сексуальної освіти в Європі: погляд вітчизняного дослідника. Вісник Черкаського університету, серія: Педагогічні науки. № 3 (336). 2015. С. 88–92.
2. Васюта О. І. Розвиток репродуктивної культури студентської молоді. Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Серія: Педагогічні науки. 2015. Вип. 124. С. 132-135.
3. Гнатко О. П., Чубати А. І., Семенюк Л. Л. Вплив соматичної та гінекологічної патології на репродуктивне здоров'я дівчат-підлітків. Акушерство. Гінекологія. Генетика. 2016. № 1. С. 52–55.
4. Маруненко І. М., Тимчик О. В. Медико-соціальні основи здоров'я: Навчальний посібник для студ. вищ. навч. закл. К.: Київськ. ун-тет ім. Бориса Грінченка, 2013. 317 с.

5. Паничок Т.Я. Принцип мультидисциплінарності як основний принцип організації статевого виховання у навчальних закладах Німеччини. Вісник психології і педагогіки. Збірник наук. праць. Випуск 12. К., 2013. С. 47-52.
6. Фощенко Л. А. Медико-соціальні аспекти репродуктивного здоров'я молоді, в тому числі сучасного студентства. Український науковий журнал Освіта регіону: політологія, психологія, комунікації Вид. №3, 2013. С. 278.
7. Цушко І.І. Формування навичок захисту і збереження репродуктивного здоров'я учнівської і студентської молоді. К., Український НМЦ практичної психології і соціальної роботи, 2013. 105 с.
8. Штогрин О. П. Сучасні підходи до завдань державного управління у сфері репродуктивного здоров'я населення. Ефективність державного управління. 2014. Вип. 39. С. 264-271.
9. Patton G., Temmerman M. Evidence and Evidence Gaps in Adolescent Health. The Journal of Adolescent Health. 2016. Oct.; 59 (4 Suppl). P. 1–3.

References

1. Bialyk O.V. Standarty seksualnoi osvity v Yevropi: pohliad vitchyznianoho doslidnyka. Visnyk Cherkaskoho universytetu, seriia: Pedagogichni nauky. № 3 (336). 2015. S. 88–92.
2. Vasiuta O. I. Rozvytok reproduktyvnoi kultury studentskoi molodi. Visnyk Chernihivskoho natsionalnoho pedagogichnoho universytetu. Serii: Pedagogichni nauky. 2015.- Vyp. 124. S. 132-135.
3. Hnatko O. P., Chubaty A. I., Semeniuk L. L. Vplyv somatychnoi ta hinekologichnoi patolohii na reproduktyvne zdorovia divchat-pidlitkiv. Akusherstvo. Hinekologhiia. Henetyka. 2016. № 1. S. 52–55.
4. Marunenko I. M., Tymchuk O. V. Medyko-sotsialni osnovy zdorovia: Navchalnyi posibnyk dlia stud. vyshch. navch. zakl. K.: Kyivsk. un-tet im. Borysa Hrinchenka, 2013. 317 s.
5. Panychok T.Ia. Pryntsyp multydystryplinarnosti yak osnovnyi pryntsyp orhanizatsii statevoho vykhovannia u navchalnykh zakladakh Nimechchyny. Visnyk psykholohii i pedagogiky. Zbirnyk nauk. prats. Vypusk 12. K., 2013 S. 47-52.
6. Foshchenko L. A. Medyko-sotsialni aspekty reproduktyvnoho zdorovia molodi, v tomu chysli suchasnoho studentstva. Ukrainskyi naukovyi zhurnal Osvida rehionu: politolohiia, psykholohiia, komunukatsii Vyd. №3, 2013. S. 278.
7. Tsushko I.I. Formuvannia navychok zakhystu i zberezhenia reproduktyvnoho zdorovia uchnivskoi i studentskoi molodi. Kyiv, Ukrainskyi NMTs praktychnoi psykholohii i sotsialnoi roboty, 2013. 105 s.
8. Shtohryn O. P. Suchasni pidkhody do zavdan derzhavnoho upravlinnia u sferi reproduktyvnoho zdorovia naseleennia. Efektyvnist derzhavnoho upravlinnia. 2014. Vyp. 39. S. 264-271.
9. Patton G., Temmerman M. Evidence and Evidence Gaps in Adolescent Health. The Journal of Adolescent Health. 2016. Oct.; 59 (4 Suppl). P. 1–3.

Дата надходження рукопису до редакції: 23.12.2022 р.

Мета роботи – оцінити та проаналізувати стан репродуктивного здоров'я сучасних підлітків.

Матеріали та методи. Проведено анонімне анкетування дівчат-підлітків, віком 15-18 років, яке проводилось за спеціально розробленою анкетой. Дослідження охоплено 60 респондентів. Методами дослідження слугували: медико-статистичний, соціологічний, структурно-логічний аналіз.

Результати. Серед опитаних 86,7% знають, що таке репродуктивне здоров'я, 63,3% респондентів отримують інформацію про репродуктивне здоров'я з засобів масової інформації, 43,3% отримують інформацію від друзів та знайомих, 46,7% – в навчальних закладах, з газет та журналів отримують інформацію 15% респондентів, інформацію з науково-популярних книг про здоров'я обирають 35% респондентів, 18,3% – отримують інформацію у лікарів.

За результатами аналізу 13,3% дівчат-підлітків у віковій когорті 15-16 років живуть статевим життям, а підлітки у 17-18 років – 36,6%. Виявлено прямий взаємозв'язок між частотою статевого життя у групі дівчат-підлітків та наявністю захворювань статевих органів. За даними анкет порушення менструального циклу відмічали 68,3% респонденток. Аналіз продемонстрував, що у підлітків 15-16 років низький рівень використання контрацепції з доведеною ефективністю – 23,3%.

Висновки. Застосування анкет дозволяє виявити основні чинники порушень репродуктивного здоров'я дівчат-підлітків, запобігти ранньому початку статевого життя, небажаній вагітності, поширеності ІПСШ та удосконалити механізм формування знань щодо здорового способу життя.

Ключові слова: репродуктивне здоров'я, дівчата-підлітки, фізіологія підліткового віку.

The aim of the work is to assess and analyze the state of reproductive health of adolescents.

Materials and methods conducted an anonymous survey of adolescent girls aged 15-18 years, we used a specially designed questionnaire. The study covered 60 respondents. The research methods were: medical-statistical, sociological, structural-logical analysis.

Results. We find that 86,7% of respondents know what reproductive health is, 63.3% of respondents receive information about reproductive health from the media, 43,3% receive information from doctors, 46,7% receive information from educational

institutions, from newspapers and magazines -15% of respondents receive information, 35% receive information from popular science books about health, 18,3% of respondents receive information from friends and acquaintances. According to the analysis, 13,3% of adolescent girls in the age cohort of 15-16 years have sex, and adolescents aged 17-18 years – 36,6%. There is a direct relationship between the frequency of sexual life in the group of adolescent girls and the presence of genital diseases. According to the questionnaire violations menstrual cycle was noted by 68.3% of respondents. Analysis demonstrated that contraceptives with proven effectiveness are used only by 23.3% of adolescents aged 15-16 years.

Conclusions. The use of questionnaires allows to identify the main factors of reproductive health disorders in adolescent girls, to prevent early sexual life, unwanted pregnancies, the prevalence of sexually transmitted infections and to improve the mechanism of knowledge about a healthy lifestyle.

Key words: reproductive health, adolescent girls, adolescent physiology.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflict of interest: absent.

Відомості про авторів

Русин Людмила Петрівна – к. мед. н., доцент кафедри основ медицини, факультет здоров'я та фізичного виховання, ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; 88000, Україна, м. Ужгород, вул. Митна, 29.
ljudmula.rusun@uzhnu.edu.ua.

Дуткевич-Іванська Юлія Василівна – старший викладач кафедри основ медицини, факультет здоров'я та фізичного виховання, ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; 88000, Україна, м. Ужгород, вул. Митна, 29.
julia.dutkevuch@uzhnu.edu.ua.

Сабадош Мар'яна Володимирівна – кандидат наук з фізичного виховання і спорту, доцент кафедри фізичної реабілітації, факультет здоров'я та фізичного виховання, ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; 88000, Україна, м. Ужгород, вул. Митна, 29.
mariannia.sabadosh@uzhnu.edu.ua.

DOI 10.24144/2077-6594.1.1.2022.254639
УДК 355.23:355.72]-047.44

Краснова О.І., Голованова І.А., Плужнікова Т.В.,
Ляхова Н.О., Мартиненко Н.В., Краснов О.Г.

Аналіз показників роботи медико-санітарної частини військового навчального закладу

Полтавський державний медичний університет,
м. Полтава, Україна

Krasnova O.I., Golovanova I.A., Pluzhnikova T.V.,
Lyakhova N.O., Martynenko N.V., Krasnov O.H.

Analysis of medical and sanitary performance indicators military educational institution

Poltava State Medical University,
Poltava, Ukraine

krasnovaoksana197@gmail.com

Вступ

Організація Об'єднаних Націй в «Глобальних цілях сталого розвитку до 2030 року» одним з пріоритетів визначає міцне здоров'я та благополуччя [1]. Проблема збереження здоров'я людини на сучасному етапі існування людства постає дуже гостро, а особливо це стосується юного покоління. Здоров'я молоді є інтегральною характеристикою, яка відображає вплив медико-генетичних, соціокультурних, екологічних та інших факторів [2–4]. Збереження здоров'я майбутніх поколінь є вкрай важливим, особливо в умовах збільшення навчального навантаження, порушення санітарно-гігієнічних умов, неякісне харчування, що в подальшому сприяють появі різних форм патологічних станів, а саме, порушення постави, захворювання дихальних шляхів, поширення захворювань системи органів травлення, хвороб органів зору тощо [5–7]. Показники здоров'я молоді та якість життя впливає на тривалість, інтелект, фізичний розвиток та працездатність, що має велике значення для гармонійного розвитку всього соціуму. Кризові явища у багатьох сферах життя українського суспільства значною мірою позначаються на здоров'ї молодого покоління. Збереження фізичного та психічного здоров'я молодого покоління є стратегічно важливим і пріоритетним завданням держави в галузі охорони здоров'я, у тому числі й системи освіти. Медичне обслуговування здобувачів навчальних закладів є невід'ємною частиною сектора охорони здоров'я [8].

Метою даного дослідження було проаналізувати у динаміці показники діяльності роботи медико-санітарної частини військового навчального закладу за 2018-2020 роки, які надають медичну допомогу здобувачам та персоналу даного навчального закладу.

Матеріали та методи

Об'єктом дослідження стали працівники та курсанти військового навчального закладу Кременчуцького льотного коледжу. В ході дослідження використано статистичний та інформаційно-аналітичний

методи. Матеріалами дослідження були показники щорічних медичних обстежень та показники надання медичної допомоги працівникам та курсантам військового навчального закладу. Основними джерелами інформації були матеріали статистичної звітності, яка міститься у документах обліку та звітності медичної служби.

Результати дослідження та їх обговорення

Медико-санітарна частина (МСЧ) Кременчуцького льотного коледжу має ліцензію на медичну практику та надає медичну допомогу працівникам постійного складу, льотного складу, служби руху, а також курсантам та студентам даного навчального закладу. В структуру медико-санітарної частини входить лікувально-профілактичне відділення, авіаційний медичний центр, клініко-діагностична лабораторія, рентгенологічний, фізіотерапевтичний кабінети, медичний пункт аеродрому Велика Кохнівка. В лікувально-профілактичному відділенні надається невідкладна, лікувальна та профілактична допомога. Одним із розділів роботи МСЧ є проведення періодичних медичних оглядів працівників інших підприємств міста на договірних умовах. Найбільшу кількість, серед контингенту, що обслуговує МСЧ, складають курсанти та студенти (табл. 1).

Таблиця 1. Характеристика кількісного складу, що обслуговує МСЧ

Склад \ Рік	2018	2019	2020
Постійний склад	687	659	646
Льотний склад та служба руху	20	15	17
Курсанти	512	445	464
Студенти	145	134	157
Всього	1364	1253	1284

За останні роки спостерігається зменшення кількісного складу Кременчуцького льотного коледжу.

Аналізуючи показники лікувальної роботи, відомо, що в 2018 році в МСЧ звернулись 21029 осіб, 2019 р. – 26726 осіб, 2020 р. – 23506 осіб; з них з приводу захворювань 2018 р. – 7313 осіб, 2019 р. – 4222 осіб, 2020 р. – 3423 осіб, число відвідувань в день на амбулаторному прийомі 2018 р. – 83 особи, 2019 р. – 107 осіб, 2020 р. – 94 особи [9].

Організовано цілодобове чергування фельдшерів для обслуговування курсантів та студентів коледжу, які проживають у гуртожитку. При зверненні за медичною допомогою, після огляду лікаря, хворі при необхідності

госпіталізуються до ізолятору під нагляд чергового фельдшера.

Курсанти та працівники навчального закладу постійно проходять періодичні медичні огляди (табл. 2). Постійний та перемінний склад коледжу оглянуті профілактично в 2018-2020 роках на 100%. На виконання вимог регламентуючих документів МОЗ щодо проведення онкопрофоглядів жіночого населення, всі жінки контингентів обслуговування оглянуті лікарем-гінекологом з 100% цитологічним обстеженням: 2018 рік – 797 осіб; 2019 рік – 980 осіб; 2020 рік – 568 осіб.

Таблиця 2. Динаміка проведення профілактичних оглядів кількісного складу Кременчуцького льотного коледжу за 2018-2020 роки

Спеціаліст \ Рік	2018	2019	2020	Абсолютний приріст (зниження)	Темп приросту, %
Терапевт	4960	6076	7197	2237	45,1
Офтальмолог	2918	4286	4075	1157	39,6
Отоларинголог	2878	4299	4943	2065	71,7
Невропатолог	1949	3438	3404	1455	74,6
Хірург	1216	3324	2921	1705	14,02
Стоматолог	192	993	398	206	107,3

До лікаря-стоматолога в МСЧ звернулося в 2018 році – 1205 осіб, 2019 рік – 993 особи, 2020 рік – 947 осіб. Показник санації планової та за зверненням від кількості оглянутих склав: 2018 рік – 35,6%; 2019 рік – 35,6%; 2020 рік – 38,0%. Зменшення звернень до лікаря стоматолога пов'язані з великою кількістю стоматологічних кабінетів у місті та низькою фінансовою

спроможністю людей, а також зменшенням кількості студентів та курсантів коледжу.

Зниження кількості захворювань по нозологічним класам, що представлене у таблиці 3, пов'язане з тим, що враховуючи реформування медицини та відкриття сімейних амбулаторій, пацієнтам зручно звертатися за медичною допомогою за територіальним принципом.

Таблиця 3. Показники зареєстрованих захворювань по нозологічним класам серед кількісного складу Кременчуцького льотного коледжу за 2018-2020 роки

Захворювання \ Рік	2018	2019	2020
Інфекційні та паразитарні хвороби	1	1	2
Новоутворення	8	3	2
Хвороби ендокринної системи	1	-	1
Хвороби нервової системи	5	1	1
Хвороби ока	10	9	6
Хвороби вуха	2	-	3
Хвороби системи кровообігу	18	14	4
Хвороби органів дихання	159	124	135
Хвороби органів травлення	5	9	2
Хвороби шкіри	2	3	3
Хвороби кістково-м'язової та сполучної системи	16	13	29
Хвороби сечостатевої системи	14	11	9
Травми та отруєння	21	16	19
Інші хвороби	61	32	46
Всього	360	343	269

Враховуючи актуальність впровадження стаціонарозамінних форм лікування хворих, кількість

пролікованих на ліжках денного стаціонару при МСЧ Кременчуцького льотного коледжу поступово зростає.

Так в 2018 році проліковано – 64 особи, що склало – 193 ліжко-днів, в 2019 році проліковано – 67 осіб, що склало – 209 ліжко-днів, а у 2020 році проліковано – 72 особи, що склало – 236 ліжко-днів.

Враховуючи епідемічну ситуацію по туберкульозу як в місті, так і в області в цілому, медичними працівниками МСЧ проводиться постійна робота по проведенню профілактичних обстежень контингентів

обслуговування та осіб, що звертаються для проходження періодичних медичних оглядів згідно договорів з іншими підприємствами. Всього в закладі проведено рентгенологічних досліджень: 2018 р. – 2630, в 2019 р. – 2346, в 2020 р. – 2446.

Збільшується кількість обстежень лікарями кабінету функціональної діагностики (табл. 4) за період з 2018 по 2020 роки.

Таблиця 4. Динаміка показників діяльності кабінету функціональної діагностики за 2018-2020 роки

Показник	Рік	2018	2019	2020	Абсолютний приріст	Темп приросту, %
Кількість осіб, що були обстежені		4411	6423	9474	5003	113,4
Кількість обстежень		4411	6423	9474	5063	114,8
ЕКГ		2961	4414	4467	1506	50,8
Інші обстеження (РЕГ, ЕЕГ, РВГ, ФВД)		1450	2009	1861	411	28,3
Кількість обстежень на 100 відвідувань в МСЧ		20,98	24,03	40,3	19,3	92,0

Для оздоровлення хворих в МСЧ широко використовуються фізіотерапевтичні методи лікування. Найбільш затребуваною серед процедур, є сеанс масажу. Зменшення кількості звернень по нозологічним одиницям знизило і кількість фізіотерапевтичних реабілітаційних методів лікування (табл. 5).

В МСЧ функціонують клініко-діагностична та біохімічна лабораторії. На їх оснащенні знаходяться монокулярний та бінокулярні мікроскопи, гематологічний

аналізатор, біохімічний напівавтоматичний аналізатор, колориметри фотоелектричні, аналітичні ваги, тощо.

Збільшення кількості аналізів пов'язане з великою кількістю профоглядів працівників промислових підприємств зі шкідливими умовами праці, при обстеженні яких необхідні додаткові лабораторні дослідження (табл. 6). За останні 3 роки спостерігається збільшення показників гематологічних та біохімічних досліджень.

Таблиця 5. Динаміка показників діяльності фізіотерапевтичного кабінету та кабінету масажу за 2018-2020 роки

Показник	Рік	2018	2019	2020	Абсолютний приріст	Темп приросту, %
Кількість фізіопроцедур		3339	2729	2179	-1160	-34,7
Кількість процедур на 1 особу, що закінчили лікування		7,49	7,81	9,27	1,78	23,7
Кількість сеансів масажу		2796	2267	3184	388	13,9
Кількість сеансів на 1 особу, що закінчили лікування		8,9	9,52	13,55	4,6	52,2

Таблиця 6. Показники проведених лабораторних досліджень за останні 3 роки

Показник	Рік	2018	2019	2020
Загально-клінічні		9932	12824	9159
Гематологічні		21724	29854	24719
Реакції на сифіліс		3250	5102	4468
Біохімічні		11389	11963	11535
На ферменти		1497	1521	1492
Показники згортувальної системи		1707	1305	674
Цитологічні		490	363	261
Всього		43535	55946	45674

Перспективи подальших досліджень

Надалі необхідно продовжувати аналізувати динаміку показників МСЧ, яка надається безпосередньо курсантам військового навчального закладу в умовах реформування первинної медичної допомоги.

Висновки

На основі проведеного аналізу можна зробити висновок, що медико-санітарна частина Кременчуцького льотного коледжу ХНУВС за останні три роки працює стабільно. Зросла кількість прийнятих пацієнтів. Враховуючи актуальність впровадження стаціонаро-замінних форм лікування хворих, кількість пролікованих на ліжках денного стаціонару при МСЧ поступово зростає. Медична допомога надається на високому кваліфікаційному рівні і в повному обсязі з дотриманням карантинних вимог.

Література

1. Всесвітня організація охорони здоров'я. Глобальні цілі сталого розвитку. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.who>.
2. Яременко О., Жаліло Л., Комарова Н., Левін Р., Солоненко І. Формування здорового способу життя: Навч. посіб. для слухачів курсів підвищ. кваліфікації держ. службовців. Укр.-канад. проєкт «Молодь за здоров'я». К., 2000. 232 с.
3. Моїсеєнко Р.О., Дудіна О.О., Гойда Н.Г. Аналіз стану захворюваності та поширеності захворювань у дітей в Україні за період 2011-2015 роки. Современная педиатрия. 2017. № 2. С. 17-27.
4. Bielikova I. V., Pluzhnikova T. V., Krasnova O. I., Zviagolska I. N., Derev'yanko T. V. Analysis of morbidity and disability among children in the city of Poltava. Wiadomosci Lekarskie. Tom LXXIII, 2020, Nr. 5. cl 2: 1296-1299.
5. Завада М. І. Оцінка стану здоров'я дітей та підлітків Львівської області. Довкілля та здоров'я. 2016. № 2. С. 59-62.
6. Балакірева О. М., Бондар Т. В. Соціальна обумовленість та показники здоров'я підлітків та молоді : за результатами соціологічного дослідження в межах міжнародного проєкту «Здоров'я та поведінкові орієнтації учнівської молоді» : монографія. / О. М. Балакірева, Т. В. Бондар та ін. К., 2019. 127 с.
7. Краснова О.І., Плужнікова Т.В., Краснов О.Г. Проблема вживання алкогольних та слабоалкогольних напоїв в підлітковому віці. Сучасні медичні технології. 2020. № 2. С. 44-49.
8. Краснова О. І., Плужнікова Т. В. Особливості механізму державного регулювання сфери охорони здоров'я. Інвестиції: практика і досвід. 2018. № 7. С. 46-48.
9. Полтавський обласний інформаційно-аналітичний центр медичної статистики [Електронний ресурс] / Довідник показників діяльності лікувально-профілактичних закладів області. – Режим доступу : <http://oiacms.poltava.ua>.

References

1. WHO. Goals of sustainable development. Available at: <https://www.who>. (accessed 20.10.2021).
2. Yaremenko O., Zhalilo L., Komarova N., Levin R., Solonenko I. (2000) Formuvannia zdorovoho sposobu zhyttia [Formation of a healthy lifestyle]. Kiev. (in Ukrainian)
3. Moiseenko R. O., Dudina O.O., Goyda N.G. (2017). Analiz stanu zakhvoriuvanosti ta poshyrenosti zakhvoriuvan u ditei v Ukraini za period 2011 – 2015 roky. [Analysis of the incidence and prevalence of diseases in children in Ukraine for the period 2011 – 2015.]. Modern pediatrics. No. 2, pp. 17-27. (in Ukrainian)
4. Bielikova I. V., Pluzhnikova T. V., Krasnova O. I., Zviagolska I. N., Derev'yanko T. V. Analysis of morbidity and disability among children in the city of Poltava. Wiadomosci Lekarskie. Tom LXXIII, 2020, Nr. 5. cl 2: 1296-1299 (in Poland)
5. Zavada M.I. (2016). Otsinka stanu zdorovia ditei ta pidlitkiv Lvivskoi oblasti [Health assessment of children and adolescents in Lviv region]. Environment and health. No. 2, pp. 59-62. (in Ukrainian)
6. Balakireva O.M., Bondar T.V. (2019) Sotsialna obumovlenist ta pokaznyky zdorovia pidlitkiv ta molodi : za rezultatamy sotsiolohichnoho doslidzhennia v mezhakh mizhnarodnoho proektu «Zdorovia ta povedinkovi oriantatsii uchnivskoi molodi» [Social conditioning and indicators of health of adolescents and young people: according to the results of a sociological study within the international project "Health and behavioral orientations of student youth"]. Kiev. Foliant. (in Ukrainian)
7. Krasnova O.I., Pluzhnikova T.V. Krasnov O.H. (2020). Problema vzhivannia alkoholnykh ta slaboalkoholnykh napoiv v pidlitkovomu vitsi. [The problem of alcohol and low-alcohol beverages in adolescence]. Modern medical technologies. No. 2, pp. 44-49. (in Ukrainian)
8. Krasnova O.I., Pluzhnikova T.V. Osoblyvosti mekhanizmu derzhavnogo rehuliuвання sfery okhorony zdorov'ia. [Features of the mechanism of state regulation of health care.]. Investments: practice and experience. 2018. No. 7. pp.46-48. (in Ukrainian)
9. Poltavskiyi oblasnyi informatsiino-analitychnyi tsentr medychnoi statystyky [Elektronnyi resurs] / Dovidnyk pokaznykiv diialnosti likuvalno-profilaktychnykh zakladiv oblasti. – Rezhym dostupu : <http://oiacms.poltava.ua>.

Дата надходження рукопису до редакції: 09.02.2022 р.

Метою наукового дослідження було проаналізувати у динаміці показники діяльності роботи медико-санітарної частини військового навчального закладу за 2018-2020 роки.

Матеріали та методи. В ході дослідження використано статистичний та інформаційно-аналітичний методи. Матеріалами дослідження були показники щорічних медичних обстежень та показники надання медичної допомоги працівникам та курсантам військового навчального закладу.

Результати. При аналізі показників лікувальної роботи медико-санітарної частини встановлено, що з приводу захворювань в 2018 році було 21029 відвідувань, в 2019 р. – 4222, в 2020 р. – 3423. Зниження кількості захворювань по

нозологічним класам пов'язане з тим, що враховуючи реформування медицини та відкриття сімейних амбулаторій пацієнтам зручно звертатися за медичною допомогою за територіальним принципом. Зменшення звернень до лікаря стоматолога пов'язані з великою кількістю стоматологічних кабінетів у місті, низькою фінансовою спроможністю людей, та зменшенням кількості студентів та курсантів коледжу. Медичними працівниками МСЧ проводиться постійна робота по проведенню профілактичних обстежень контингентів обслуговування та осіб, що звертаються для проходження періодичних медичних оглядів.

Висновки. На основі проведеного аналізу можна зробити висновок, що медико-санітарна частина Кременчуцького льотного коледжу працює стабільно. Зросла кількість прийнятих пацієнтів. Враховуючи актуальність впровадження стаціонарозамінних форм лікування хворих, кількість пролікованих на ліжках денного стаціонару при МСЧ поступово зростає.

Ключові слова: курсанти, медична допомога, лікувально-профілактична робота, захворюваність.

The purpose of the scientific study was to analyze the dynamics of the performance indicators of the medical and sanitary unit of a military educational institution for 2018-2020.

Materials and methods. In the course of the research, statistical and information-analytical methods were used. The research materials were the indicators of the annual medical examinations and the indicators of the provision of medical care to the workers and cadets of the military educational institution.

Results. When analyzing the indicators of the medical work of the medical and sanitary unit, it was established that in 2018 there were 21,029 visits for diseases, in 2019 – 4,222, in 2020 – 3,423. The decrease in the number of diseases by nosological classes is due to the fact that, given the reform of medicine and the opening of family outpatient clinics, it is convenient for patients to seek medical help on a territorial basis. The decrease in visits to the dentist is associated with the large number of dental offices in the city and the low financial ability of people and a decrease in the number of college students and cadets. UIC medical workers are constantly working on conducting preventive examinations of service contingents and persons applying for periodic medical examinations.

Conclusions. Based on the analysis carried out, it can be concluded that the medical and sanitary unit of the Kremenchug Flight College is working stably. The number of admitted patients has increased. Taking into account the relevance of the introduction of inpatient treatment forms for patients, the number of patients treated in day hospital beds at MSC is gradually increasing.

Key words: cadets, medical care, treatment and prophylactic work, morbidity.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflict of interest: absent.

Відомості про авторів

Краснова Оксана Іванівна – викладач. (тут і далі) Полтавський державний медичний університет, кафедра соціальної медицини, громадського здоров'я, організації та економіки охорони здоров'я з лікарсько-трудою експертизою.
+380 (98) 467-37-50, krasnovaoksana197@gmail.com, ORCID ID 0000-0001-9819-1818.

Голованова Ірина Анатоліївна – д.мед.н., професор, завідувачка кафедри.
+380 (50) 404-11-64, yaryna.ua@gmail.com, ORCID ID 0000-0002-8114-8319.

Плужнікова Тетяна Владиславівна – к.мед.н., старший викладач.
+380 (95) 206-44-14, pluznikovat197@gmail.com, ORCID ID 0000-0001-8300-854X.

Ляхова Наталія Олександрівна – к.мед.н., доцент кафедри.
+380 (50) 614-76-38, natanew2017@ukr.net, ORCID ID 0000-0003-0503-9935.

Мартиненко Наталія Володимирівна – к.мед.н., викладач.
+380 (95) 388-71-74, martynenkonv@ukr.net, ORCID ID 0000-0003-0772-4135.

Краснов Олег Георгійович – к.мед.н., асистент кафедри. Полтавський державний медичний університет, кафедра хірургії № 1.
+380 (98) 467-37-50, krasnovaoksana197@gmail.com, ORCID ID 0000-0002-8704-1686.

Брич В.В.

Можливості організації профілактики наслідків травм та хвороб кістково-м'язової системи на рівні громади

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

Brych V.V.

Possibilities of organizing prevention of the consequences of injuries and diseases of the musculoskeletal system at the community level

Uzhhorod National University,
Uzhhorod, Ukraine

valeria.bruch@uzhnu.edu.ua

Вступ

Травми і хвороби кістково-м'язової системи в останні десятиліття постійно посідають важливе місце в системі охорони здоров'я. Травматизм визначають однією з основних причин смертності та стійкої втрати працездатності в Європейському регіоні Всесвітньої організації охорони здоров'я [1]. Важливо, що у багатьох регіонах зберігається соціальна нерівність у травматизмі, що є актуальною проблемою охорони здоров'я [2]. Хвороби кістково-м'язової системи також значною мірою впливають на рівень працездатності та інвалідизації населення. Слід врахувати, що тягар захворювань опорно-рухового апарату буде зростати через старіння населення та небажання людей дотримуватись здорового способу життя, в тому числі раціонального харчування та фізичної активності [3].

Особливого значення в організації протидії розвитку наслідків травм та хвороб кістково-м'язової системи має профілактика та її заходи. Саме третинна профілактика застосовується у пацієнтів із симптомами та спрямована на зменшення тяжкості захворювання та супутніх наслідків. Формами третинної профілактики зазвичай є реабілітаційні заходи [4]. Отже, важливе значення для зменшення наслідків травм і хвороб кістково-м'язової системи та збереження працездатності населення має організація їх профілактики та, відповідно, надання реабілітаційних послуг на рівні громади. У цій сфері також можлива нерівність доступу населення до послуг як на рівні всієї країни, так і окремих регіонів.

У 2017 році в рамках ініціативи «Реабілітація–2030» ВООЗ визначила 10 пріоритетних напрямків щодо зміцнення систем охорони здоров'я в сфері надання реабілітаційних послуг, де вказано, що реабілітація повинна бути включена до загальнодоступних медичних послуг для всіх людей, у тому числі тих, які проживають у сільських та віддалених районах [5]. Це означає, що потрібна розробка підходів до організації профілактики ускладнень травм та хвороб опорно-рухового апарату шляхом розвитку третинної профілактики у вигляді забезпечення

реабілітаційними заходами всіх осіб, що їх потребують, незалежно від місця проживання та віддаленості від закладів охорони здоров'я. Особливої уваги заслуговує організація надання профілактичної та реабілітаційної допомоги на рівні територіальних громад, які мають стати базовим рівнем зміцнення та збереження здоров'я населення. Для цього територіальні громади в своєму складі повинні мати необхідних спеціалістів, володіти сучасними методами аналізу та стратегічного планування, а головне, мати мотивацію та ресурси для здійснення [6]. Враховуючи вище наведене, виникає необхідність аналізу можливих шляхів організації якісної та ефективної профілактики ускладнень травм та хвороб кістково-м'язової системи на рівні територіальних громад в умовах сучасного стану функціонування системи охорони здоров'я.

Мета дослідження – проаналізувати та обґрунтувати потенційні можливості організації заходів профілактики наслідків травм та хвороб кістково-м'язової системи на рівні об'єднаних територіальних громад.

Матеріали та методи

Під час дослідження використані такі методи: бібліосемантичний, системний підхід та аналіз, структурно-логічний аналіз, моделювання. Матеріалами стали оприлюднені документи та інформаційні джерела Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), нормативно-правові акти України, що регулюють організацію системи охорони здоров'я, публікації наукових досліджень.

Результати дослідження та їх обговорення

Профілактика наслідків травм та захворювань кістково-м'язової системи на рівні територіальної громади може здійснюватися 3 основними шляхами:

1. забезпечення постійного медичного нагляду за особами з перенесеними травмами та пацієнтами з хронічними хворобами кістково-м'язової тканини медичними працівниками первинної медичної допомоги;

2. забезпеченням послугами медичної реабілітації цільової групи з допомогою фахівців з реабілітації;

3. інформаційною підтримкою щодо зміцнення та відновлення здоров'я через сферу громадського здоров'я.

Насправді всі три напрямки зв'язані між собою і можуть реалізуватися тільки в тісній взаємодії. І якщо умови надання первинної медичної допомоги чітко визначені і передбачені окремими нормативними документами, то два інші напрямки потребують аналізу можливостей організації і обґрунтування.

Одним з розділів діяльності узагальнених завдань та функцій громадського здоров'я на рівні об'єднаних територіальних громад визначають відновне лікування для осіб з інвалідністю та осіб з хронічними хворобами засобами реабілітації [7]. При цьому основним реалізатором завдань громадського здоров'я на вказаному рівні запропоновано фахівця з громадського здоров'я. Проте нормативних документів, які б чітко визначали

процес організації роботи фахівця з громадського здоров'я на рівні територіальної громади нема.

Слід врахувати, що відновне лікування для осіб з інвалідністю та осіб з хронічними хворобами доречно віднести до заходів третинної профілактики, яка і передбачає запобігання розвитку наслідків після травм та хвороб кістково-м'язової системи.

В свою чергу експерти ВООЗ розділили реабілітаційну допомогу на категорії та охарактеризували час надання послуг, ключові групи їх споживачів, місця надання послуг з реабілітації [8]. Так от, поряд з категоріями високоінтенсивної реабілітації та реабілітаційних послуг на рівні первинної, вторинної та третинної медичної допомоги виділяють 2 категорії реабілітаційних послуг на рівні громад (таблиця):

1. реабілітація на рівні громад, заходи якої можуть надаватись спеціальною програмою або в рамках загальних програм охорони здоров'я на місцевому рівні;

2. неформальна та самостійна реабілітація, що здійснюється на рівні громад.

Таблиця. Категорії надання реабілітаційних послуг на рівні громади та їх характеристика

Характеристика	Реабілітація на рівні громад	
	Реабілітація в рамках спеціальної програми або загальних програм охорони здоров'я на місцевому рівні	Реабілітація неформальна та самостійна
Зміст	послуги надаються на місцевому рівні (вдома, на робочих місцях, у школах, у громадських центрах, а також у місцевих центрах здоров'я, закладах охорони здоров'я та медичних пунктах)	використовується при відсутності реабілітаційного або медичного персоналу та додатково до послуг реабілітаційних структур
Ключові групи	особи, виписані із спеціалізованих стаціонарів; особи з періодичними (епізодичними) потребами у реабілітації та обмеженим доступом до транспорту; люди похилого віку та інші	особи, які докладають систематичних зусиль для підтримки чи покращення своїх функціональних можливостей
Місце надання	за місцем проживання та роботи, а також у школах, дитячих установах, центрах дозвілля, установах довгострокового догляду, хоспісах, громадських центрах, медичних центрах, закладах охорони здоров'я та клініках	за місцем проживання та роботи, а також у школах, оздоровчих клубах, санаторно-курортних закладах, басейнах, громадських центрах та установах довгострокового догляду

Отже, окремим елементом системи реабілітаційних послуг ВООЗ визначає їх впровадження на рівні громади. При цьому рекомендовано враховувати такі фактори, як географічне розташування, наявність транспорту, культурні особливості та демографічні показники [8].

В Україні у 2019 році прийнятий Закон «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я», де питання забезпечення реабілітаційних послуг на рівні територіальних громад згадується у статтях 16 та 30 [9]. Так, у статті 16 «Повноваження місцевих органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування в реабілітаційній галузі» вказано, що місцеві органи виконавчої влади та органи місцевого самоврядування здійснюють координацію реабілітаційної галузі та

забезпечують дотримання законодавства про реабілітацію на місцевому рівні та на рівні територіальних громад. У статті 30 «Фінансування реабілітації у сфері охорони здоров'я» вказано, що фінансування місцевих програм розвитку та підтримки комунальних реабілітаційних закладів та реабілітаційних відділень у закладах охорони здоров'я, закладах соціального захисту, закладах, що відносяться до інших сфер діяльності, які належать відповідним територіальним громадам або є об'єктами права спільної власності територіальних громад; місцевих програм надання населенню реабілітаційної допомоги понад обсяг, передбачений програмою державних гарантій медичного обслуговування населення, здійснюється за рахунок коштів бюджетів міст

республіканського Автономної Республіки Крим та обласного значення, районних бюджетів, бюджетів об'єднаних територіальних громад [7]. Окремі роз'яснення щодо реалізації реабілітації на рівні громад з'явилися у Постанові кабінету міністрів України від 3.11.2021 р. № 1268 «Питання організації реабілітації у сфері охорони здоров'я» [10]. Вказана постанова затвердила «Порядок організації надання реабілітаційної допомоги у сфері охорони здоров'я» (далі Порядок), де у пункті 2 загальної частини визначено, що реабілітація у територіальній громаді – це стратегія в рамках загального розвитку територіальних громад щодо реабілітації, подолання бідності, вирівнювання можливостей та соціальної інтеграції всіх осіб, які потребують реабілітації, яка забезпечується спільними зусиллями самих осіб, які потребують реабілітації, їх сімей, організацій, місцевих органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування у сферах охорони здоров'я, освіти, соціального захисту тощо. Також у пункті 8 зазначеного Порядку вказано, що надання реабілітаційної допомоги на первинному рівні медичної допомоги може забезпечуватися фахівцями з реабілітації, які працюють у територіальних громадах (реабілітація у територіальних громадах). При опрацюванні Порядку та адаптації його положень до визначеної нами ключової групи – пацієнтів з травмами – встановлено, що реабілітація в територіальних громадах може здійснюватися у пацієнтів у разі наявності незначних за вираженістю обмежень життєдіяльності протягом післягострого реабілітаційного періоду у формі програми фізичної терапії, ерготерапії або психологічної допомоги відповідно до загальної мети, зазначеної у розділі другому індивідуального реабілітаційного плану особи, яка потребує реабілітації, з урахуванням медичних обмежень та застережень щодо надання реабілітаційної допомоги. Тривалість та обсяг надання такої реабілітаційної допомоги залежить від мети та завдань на цьому етапі реабілітації. Якщо особа потім потребує періодичної підтримуючої реабілітаційної допомоги, то їй надається реабілітаційна допомога протягом довготривалого реабілітаційного періоду. Реабілітаційний маршрут при стані здоров'я з хронічним перебігом окремо в умовах територіальної громади не визначений і забезпечується за тими ж положеннями, що і в післягострому та довготривалому реабілітаційних періодах. Тобто, пацієнти з хворобами кістково-м'язової системи можуть отримувати реабілітаційну допомогу в територіальних громадах за тими ж принципами, що і пацієнти з травмами. Однак механізми забезпечення реабілітаційного процесу на рівні територіальних громад вказаними нормативними документами не прописані.

При аналізі рекомендацій ВООЗ щодо дій в напрямку зміцнення реабілітації вказано, що при всіх категоріях реабілітаційних послуг вони надаються фахівцями з реабілітації, але можуть також проводитися й іншими категоріями медичних працівників [8]. Відповідно, особи, які надають реабілітаційні послуги в

громаді, можуть зіткнутися з проблемами, які виходять за межі тих, що виникають у закладах охорони здоров'я: ізолюваність від своїх колег, відсутність професійної підтримки, недостатній доступ до обладнання та інфраструктури, необхідні для забезпечення реабілітаційного процесу [8]. Створення або посилення підтримки людей, які здійснюють реабілітацію в громаді, є важливим для забезпечення високоякісних послуг, утримання персоналу та стійкості послуг. У цьому активним співорганізатором може стати фахівець з громадського здоров'я за умови його роботи в межах об'єднаної територіальної громади. У рамках пропонуваного завдань громадського здоров'я на такому рівні визначається і комунікація та соціальна мобілізація в інтересах здоров'я населення засобами комунікацій. Отже, фахівці з громадського здоров'я можуть створити комунікаційну мережу фахівців різних рівнів медичної допомоги з наступною організацією регулярної взаємодії щодо надання консультативної складової реабілітаційної допомоги, яка дозволить мінімізувати розвиток важких наслідків після травм та хвороб кістково-м'язової системи. За допомогою комунікаційної мережі можна вирішити ряд завдань:

1. Створення бази реабілітаційних закладів, реабілітаційних підрозділів закладів охорони здоров'я, які можуть надавати відповідні послуги особам з травмами чи хворобами кістково-м'язової системи, що проживають у територіальних громадах.

2. Створення бази даних фахівців з реабілітації та комунікаційних механізмів співпраці з ними з метою забезпечення безперервності реабілітаційного процесу.

3. Створення можливостей забезпечення телереабілітації з використанням засобів дистанційного зв'язку, особливо коли відстань є критичним чинником наданням реабілітаційних послуг належної якості.

4. Інформування медичних працівників первинної медичної допомоги та пацієнтів з травмами та хворобами кістково-м'язової системи щодо можливостей отримання реабілітаційних послуг належної якості у відповідних закладах чи за допомогою телереабілітації.

З іншої сторони можливим є забезпечення населення територіальних громад реабілітаційними послугами шляхом створення органами місцевого самоврядування робочих місць для фахівців з реабілітації з відповідним фінансуванням. Це можуть бути фізичні терапевти, які, крім сеансів фізичної терапії, можуть займатися проведенням занять організованої фізичної активності для населення. Також це можуть бути ерготерапевти, які забезпечуватимуть процес відновлення, розвитку та/або підтримки навичок, необхідних для залучення особи з обмеженнями повсякденного функціонування до активного повсякденного життя.

З метою узагальнення визначених вище можливостей профілактики наслідків травм та хвороб кістково-м'язової системи на рівні територіальних громад створено перспективну модель її організації (рис.).

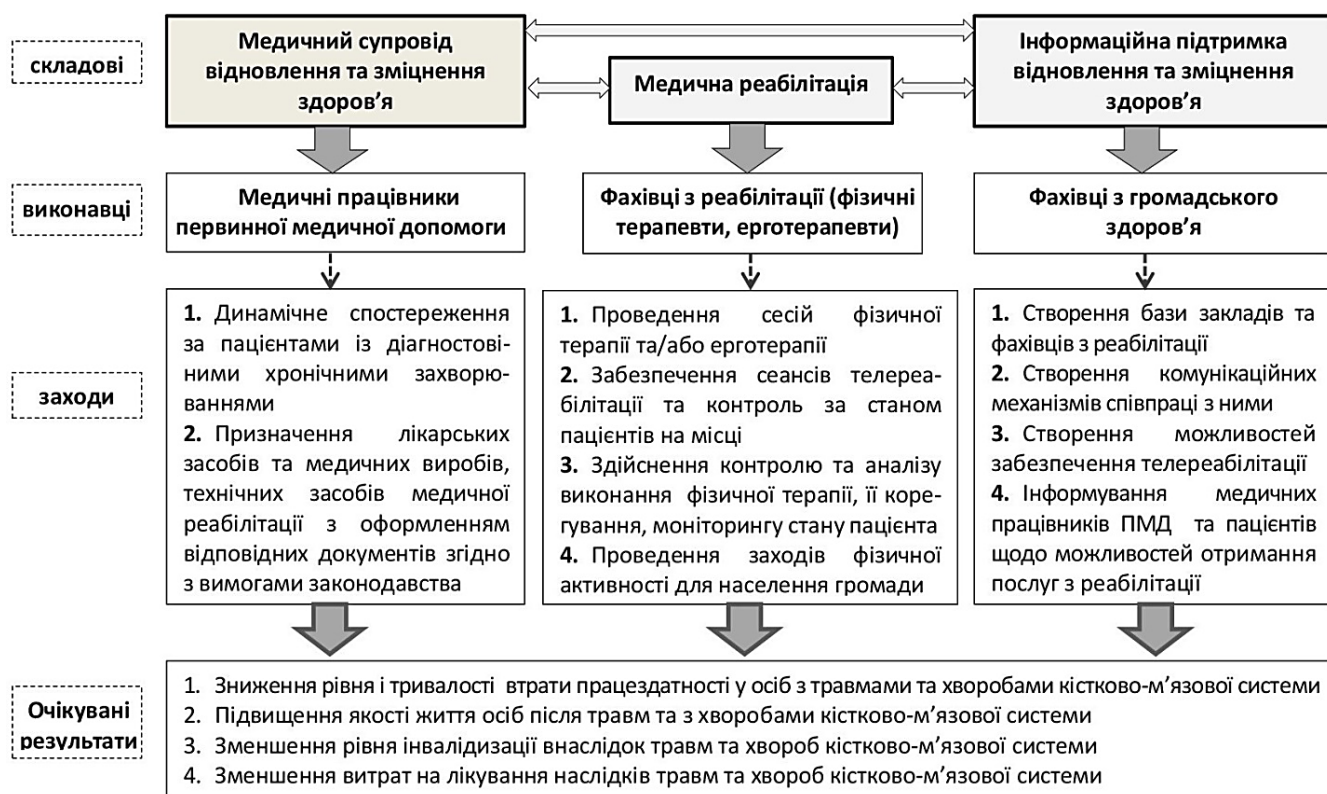


Рис. Перспективна модель організації профілактики наслідків травм та хвороб кістково-м'язової системи на рівні територіальних громад

Перспективи подальших досліджень полягають у дослідженні реальної ситуації щодо організації та забезпечення профілактики наслідків травм та хвороб кістково-м'язової системи, в тому числі реабілітаційних заходів, на рівні територіальних громад окремих регіонів країни.

Висновки

1. Профілактика наслідків травм та захворювань кістково-м'язової системи на рівні територіальної громади може здійснюватися за участі первинної медичної

допомоги, фахівців з реабілітації та фахівців з громадського здоров'я.

2. В Україні нормативними документами обумовлена можливість надання реабілітаційної допомоги на рівні територіальних громад, у тому числі пацієнтам з травмами та хворобами кістково-м'язової системи.

3. Організація ефективної профілактики наслідків травм та захворювань кістково-м'язової системи на рівні територіальної громади потребує злагодженої роботи різних ланок з визначенням основних їх функцій та напрямків взаємодії.

Література

- Aldridge E., Sethi D., Yon Y. Injuries: a call for public health action in Europe: an update using the 2015 WHO global health estimates. World Health Organization. Regional Office for Europe. 2017. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/344128>
- Sengoelge M., Leithaus M., Braubach M., Laflamme L. Are There Changes in Inequalities in Injuries? A Review of Evidence in the WHO European Region. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2019. Vol.16, No. 4. P. 653. URL: <https://doi.org/10.3390/ijerph16040653>
- Lewis R., Gómez Álvarez C. B., Rayman M., Lanham-New S., Woolf A., Mobasher A. Strategies for optimising musculoskeletal health in the 21st century. BMC musculoskeletal disorders. 2019. Vol.20, No.1. P. 164. URL: <https://doi.org/10.1186/s12891-019-2510-7>
- Kisling L.A., M Das J. Prevention Strategies. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537222/>
- Gimigliano F., Negrini S. The World Health Organization "rehabilitation 2030: a call for action". European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine. 2017. Vol. 53, No.2. P. 155-168. URL: <https://doi.org/10.23736/S1973-9087.17.04746-3>

6. Миронюк І.С., Слабкий Г.О., Шафранський В.В., Брич В.В., Білак-Лук'янчук В.Й. Територіальні громади як базовий рівень забезпечення зміцнення та збереження здоров'я населення. Україна. Здоров'я нації. 2021. №4 (66). С. 57-62.
7. Слабкий Г. О., Миронюк І. С., Брич В. В., Білак-Лук'янчук В. Й. Методологія впровадження системи громадського здоров'я на рівні об'єднаних територіальних громад. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2020. № 3 (85). С. 62-66.
8. Rehabilitation in health systems: guide for action. Geneva: World Health Organization, 2019. 64 p. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241515986>
9. Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я: Закон України від 03.12.2020 р. № 1053-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text>
10. Питання організації реабілітації у сфері охорони здоров'я: Постанова кабінету міністрів України від 3.11.2021 р. № 1268. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1268-2021-%D0%BF#Text>

References

1. Aldridge E, Sethi D, Yon Y. Injuries: a call for public health action in Europe: an update using the 2015 WHO global health estimates [Internet]. World Health Organization. Regional Office for Europe. 2017 [cited 2021 Dec 20]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/344128>
2. Sengoelge M, Leithaus M, Braubach M, Laflamme L. Are There Changes in Inequalities in Injuries? A Review of Evidence in the WHO European Region. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2019;16 (4):653. Available from: <https://doi.org/10.3390/ijerph16040653>
3. Lewis R, Gómez Álvarez CB, Rayman M, Lanham-New S, Woolf A, Mobasher A. Strategies for optimising musculoskeletal health in the 21st century. BMC musculoskeletal disorders. 2019;20(1):164. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12891-019-2510-7>
4. Kisling LA, M Das J. Prevention Strategies. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. [cited 2021 Dec 20]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537222/>
5. Gimigliano F, Negrini S. The World Health Organization" rehabilitation 2030: a call for action". European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine. 2017; 53(2):155-168. URL: <https://doi.org/10.23736/S1973-9087.17.04746-3>.
6. Myroniuk IS, Slabkiy GO, Shafranskiy VV, Brych VV, Bilak-Lukyanchuk VY. Terytorialni hromady yak bazovyi riven zabezpechennia zmitsnennia ta zberezhenia zdorovia naseleennia [Territorial communities as a basic level of providing strengthening and maintaining of the population health]. Ukraine. Nation's Health. 2021;4(66):57-62. (in Ukrainian)
7. Slabkiy GO, Myroniuk IS, Brych VV, Bilak-Lukyanchuk VY. Metodolohiia vprovadzhennia systemy hromadskoho zdorovia na rivni obiednanykh terytorialnykh hromad [Methodology of implementation of the public health system at the level of united territorial communities]. Bulletin of Social Hygiene and Health Protection Organization of Ukraine. 2020; 3(85): 62-66. (in Ukrainian)
8. Rehabilitation in health systems: guide for action [Internet]. Geneva: World Health Organization, 2019. 64 p. [cited 2021 Dec 20]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241515986>
9. Pro rehabilitaciju u sferi okhorony zdorovja, Zakon Ukrajinu # 1053-IX, 3 hrud. 2020, Vidomosti Verhovnoji Rady (VVR) [Internet], [cited 2021 Dec 20]. Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text> (in Ukrainian)
10. Pytannia orhanizatsii reabilitatsii u sferi okhorony zdorovia, Postanova kabinetu ministriv Ukrainy № 1268, 3.11.2021 [Internet], [cited 2021 Dec 20]. Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1268-2021-%D0%BF#Text> (in Ukrainian)

Дата надходження рукопису до редакції: 19.01.2022 р.

Мета дослідження: проаналізувати та обґрунтувати потенційні можливості організації заходів профілактики наслідків травм та хвороб кістково-м'язової системи на рівні об'єднаних територіальних громад.

Матеріали та методи. Під час дослідження використані такі методи: бібліосемантичний, системний підхід та аналіз, структурно-логічний аналіз, моделювання. Матеріалами стали оприлюднені документи та інформаційні джерела ВООЗ, нормативно-правові акти України, публікації наукових досліджень.

Результати. Визначені основні можливості організації профілактики наслідків травм та хвороб кістково-м'язової системи у територіальних громадах за участі заходів первинної медичної допомоги, фахівців з реабілітації та фахівців з громадського здоров'я. З метою узагальнення визначених можливостей профілактики створено перспективну модель її організації на рівні територіальних громад.

Висновки. Організація ефективної профілактики наслідків травм та захворювань кістково-м'язової системи на рівні територіальної громади потребує злагодженої роботи різних ланок системи охорони здоров'я з визначенням основних їх функцій та напрямків взаємодії.

Ключові слова: профілактика, травми, реабілітація, громадське здоров'я, громада, первинна медична допомога.

The aim of research is to analyse and substantiate the potential possibilities of organizing measures for the prevention of injuries and diseases of the musculoskeletal system at the level of united territorial communities.

Materials and methods. The following methods were used during the research: bibliosemantic, systematic approach and analysis, structural-logical analysis, modelling. The materials included published documents and information sources of WHO, regulations of Ukraine, publication of scientific research.

Results. The main opportunities for the prevention of injuries and diseases of the musculoskeletal system in local communities with the participation of primary health care measures, rehabilitation specialists and public health specialists have been identified. In order to generalize certain opportunities for prevention, a promising model of its organization at the level of territorial communities was created.

Conclusions. The organization of effective prevention of the consequences of injuries and diseases of the musculoskeletal system at the level of the territorial community requires coordinated work of different levels of the health care system with the definition of their main functions and areas of interaction.

Key words: prevention, injuries, rehabilitation, public health, community, primary health care.

Відомості про автора

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

valeria.bruch@uzhnu.edu.ua, ORCID ID 0000-0003-3741-6002.

DOI 10.24144/2077-6594.1.1.2022.254641
УДК 614.2:616-082

Круть А.Г.

Стан здоров'я порожнини рота населення за зверненнями до закладів третинної медичної допомоги стоматологічного профілю

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

Krut A.G.

The state oral health on appeals to tertiary medical care institutions of the dental profile

Shupik National Healthcare University of Ukraine, Kyiv, Ukraine

doc.akrut@gmail.com

Вступ

Здоров'я порожнини рота є важливою складовою загального здоров'я населення, однак прогресивних тенденцій його змін за останнє десятиріччя як в світі, так і, зокрема, в Україні, не простежується. За даними [1], поширеність усіх хвороб порожнини рота серед українців зросла з 50,700.65 у 2010 році до 51,351.75 у 2019 році на 100 тис. нас., у т. ч., хвороб пародонту – з 15,216.46 до 15,931.00 на 100 тис. нас., раку губи та ротової порожнини – з 24.56 до 31.92 на 100 тис. нас.; поширеність карієсу незначно зменшилась з 31,501.68 до 30,833.52 на 100 тис. нас., але залишається на високих рівнях. Стабільно високою реєструється поширеність стоматологічних захворювань у всіх вікових періодах.

Незадовільний стан здоров'я порожнини рота населення постійно знаходиться в центрі уваги вітчизняних соціал-гігієністів і організаторів стоматологічної допомоги, які зважають на регіональну варіабельність проблеми [2,3]. Актуальність проблеми посилюється змінами в організації стоматологічної допомоги, коли вона з 2018 року була перенесена до закладів вторинної та третинної медичної допомоги, та фінансуваням з 2021 року за Програмою медичних гарантій лише ургентних станів при хворобах порожнини рота для дорослого населення, планових і екстрених утручань – дитячого. Джерелом оплати поточних видатків стоматологічних поліклінік з 2015 року була медична субвенція з державного бюджету місцевим бюджетам; із 2017 року нею не покривались видатки на оплату комунальних послуг і енергоносіїв, які, як відомо, займають значну частку усього обсягу поточних видатків закладів охорони здоров'я [4,5]. Це обумовлювало ризики щодо доступності і своєчасності стоматологічної допомоги населенню в бюджетних закладах охорони здоров'я стоматологічного профілю, а отже, й ризики погіршення здоров'я порожнини рота для більшості населення, що вимагає й більш ретельних додаткових досліджень.

Мета дослідження: дослідити стан здоров'я порожнини рота населення за зверненнями до закладів

третинної медичної допомоги стоматологічного профілю у 2019 році в порівнянні з 2010 роком.

Матеріали та методи

Об'єкт дослідження – стан здоров'я порожнини рота населення, яке зверталось до обласних стоматологічних поліклінік у 2010 та 2019 роках. Матеріали дослідження: форми № 20 державної статистичної звітності за 2010 і 2019 роки, дані Державної служби статистики України, наукові джерела за темою (усього 17 од.).

Вибір закладів охорони здоров'я як бази дослідження обумовлювався економічним критерієм, як найбільш значимим для доступності стоматологічної допомоги, – наявним доходом в розрахунку на одну особу в гривнях за рік в областях України [6]. За цим критерієм області України були розподілені на три групи: з наявним доходом в розрахунку на одну особу за 2019 рік до 60 тис. грн, 61-65 тис. грн та більше 65 тис. грн. З першої групи обрано Комунальне неприбуткове підприємство (далі – КНП) «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка Чернігівської обласної Ради» (дохід на одну особу – 59,9 тис. грн); з другої – КНП «Житомирське обласне стоматологічне медичне об'єднання» (дохід на одну особу – 62,5 тис. грн); з третьої – КНП Харківської обласної ради «Обласна стоматологічна поліклініка» (дохід на одну особу – 66,5 тис. грн).

Методи: медико-статистичний, логіко-структурного та порівняльного аналізу, узагальнення, графічний.

Результати дослідження та їх обговорення

За даними обраних матеріалів встановлено, що обсяги стоматологічної допомоги в 2019 році в порівнянні з 2010 роком у КНП «Житомирське обласне стоматологічне медичне об'єднання» та КНП Харківської обласної ради «Обласна стоматологічна поліклініка» зменшились – відповідно з 76 783 до 53 097 відвідувань за

рік, або на 30,8%, та з 140 571 до 132 804 відвідувань за рік, або на 5,8%. У КНП «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка Чернігівської обласної Ради» вони, навпаки, зросли: в абсолютних цифрах – з 123 516 до 133 426 відвідувань за рік, а у відсотковому значенні – на 8,0% (табл. 1).

Питома вага відвідувань лікарів КНП Харківської обласної ради «Обласна стоматологічна поліклініка» та КНП «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка Чернігівської обласної Ради» від відвідувань усіх закладів стоматологічного профілю відповідної області суттєво зросла – відповідно з 3,6% до 4,5% та з 9,5% до 14,1%.

Відбулося лише незначне зниження питомої ваги усіх відвідувань до КНП «Житомирське обласне стоматологічне медичне об'єднання» – з 5,7% до 5,2% (табл. 2).

З наведених даних видно, що відбувся «зсув» у кількості відвідувань на користь закладів третинної стоматологічної допомоги по відношенню до відвідувань,

що були здійснені пацієнтами до всіх закладів стоматологічного профілю відповідної області.

Характеризуючи обсяг звернень, який віддзеркалює потреби населення у високоспеціалізованій стоматологічній допомозі, слід зазначити, що упродовж 10-ти років відбулись значні зміни в суспільстві й сфері охорони здоров'я, які могли вплинути на цей показник. Розроблені показання до направлення в заклади третинної медичної допомоги, надано право пацієнтам вільно обирати заклад охорони здоров'я, де він зможе отримати цю допомогу, розвивається приватний сектор стоматологічної допомоги. Слід враховувати й те, що з реформуванням первинної медико-санітарної допомоги первинна стоматологічна допомога перенесена за змістом практично до закладів вторинної медичної допомоги. Логічно припустити, що частина втручань, які здійснювалися в останніх, надаються в закладах стоматологічного профілю обласного рівня. Знімає також бар'єри до закладів третинної медичної допомоги пряма оплата послуг з кишені пацієнта.

Таблиця 1. Кількість відвідувань лікарів у 2010 та 2019 роках КНП «Житомирське обласне стоматологічне медичне об'єднання», КНП Харківської обласної ради «Обласна стоматологічна поліклініка», КНП «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка Чернігівської обласної Ради»

Назва закладу	Кількість відвідувань за рік (абс.)		Динаміка відвідувань, %
	2010	2019	
КНП «Житомирське обласне стоматологічне медичне об'єднання»	76 783	53 097	- 30,8
КНП Харківської обласної ради «Обласна стоматологічна поліклініка»	140 571	132 804	- 5,8
КНП «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка Чернігівської обласної Ради»	123 516	133 426	+ 8,0

Таблиця 2. Питома вага відвідувань лікарів КНП «Житомирське обласне стоматологічне медичне об'єднання», КНП Харківської обласної ради «Обласна стоматологічна поліклініка», КНП «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка Чернігівської обласної Ради» від відвідувань лікарів усіх закладів стоматологічного профілю відповідної області у 2010 та 2019 роках (%)

Назва закладу	Питома вага усіх відвідувань до обласного закладу від усіх відвідувань до закладів області	
	2010	2019
КНП «Житомирське обласне стоматологічне медичне об'єднання»	5,7	5,2
КНП Харківської обласної ради «Обласна стоматологічна поліклініка»	3,6	4,5
КНП «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка Чернігівської обласної Ради»	9,5	14,1

У той же час на обсяги відвідувань впливають інші фактори: зростання витрат на покриття вартості проїзду до обласних закладів із сільської місцевості та на оплату власне стоматологічних послуг, що знижує їх доступність для певного контингенту населення.

Помірне зростання числа відвідувань КНП «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка Чернігівської обласної Ради» може бути обумовлено як можливістю доступу за рахунок лояльних цін, низьким попитом послуг приватного сектору внаслідок низької

платоспроможності населення, оскільки доходи за рік на одного жителя в цій області були стабільно нижчими упродовж 2010-2019 років, ніж в інших областях, обраних для дослідження, так і найгіршим станом здоров'я порожнини рота населення саме цієї області, пов'язаного з віковим фактором, як області з найвищим віковим цензом жителів та найвищою питомою вагою населення старших вікових груп (старше 60 років) серед інших регіонів України; остання дорівнювала у 2010 році в Чернігівській області – 29,1%; Україні – 24,7%; у 2019 році в

Чернігівській області – 27,4%, Україні – 23,9% [7,8]. Не виключено, що така ситуація вимагає більш складних стоматологічних утручань – хірургічних, ортопедичних, терапевтичних, які можуть бути надані саме в закладі обласного рівня.

Характерним виявилось зростання питомої ваги первинних відвідувань від усієї кількості відвідувань стоматологів і зубних лікарів у КНП «Житомирське обласне стоматологічне медичне об'єднання» з 31,4% до 37,9%, зокрема, дітей віком 0-17 років – з 3,6% до 4,3%, та у КНП Харківської обласної ради «Обласна стоматологічна поліклініка» – з 32,7% до 37,0%, зокрема, дітей віком 0-17 років – з 5,1% до 7,5%. Показник первинних відвідувань дорослого населення до лікарів КНП «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка Чернігівської обласної Ради» зменшився з 42,7% до 38,2%, але залишався високим і вищим, ніж в інших закладах.

Зростання та/або висока питома вага первинних відвідувань до закладів третинної медичної допомоги може бути пов'язана з підвищенням потреби населення у високоспеціалізованій стоматологічній допомозі в зв'язку з гострими складними випадками, які, в свою чергу, можуть бути обумовлені несвоєчасністю діагностики в рамках первинної стоматологічної допомоги, запізнитим зверненням за вторинною стоматологічною допомогою, ускладненим перебігом хвороб порожнини рота, травматичними ушкодженнями щелепно-лицевої ділянки, які потребують високотехнологічного діагностичного обладнання, анестезіологічного забезпечення й спеціалістів високого рівня кваліфікації.

Виявлено, що у 2010 р. лікарями КНП «Житомирське обласне стоматологічне медичне об'єднання» оглянуто в порядку планової санації 334 особи, з них потребували санації 296 осіб, або, 88,6%, сановані – 284 пацієнти, або

95,9%; у КНП Харківської обласної ради «Обласна стоматологічна поліклініка» оглянуто в порядку планової санації 16 270 осіб, з них потребували санації 4 101 особа, або, 25,2% від оглянутих, сановані – 1 892 пацієнти, або 46,1% осіб, які потребували санації.

У 2019 році у зазначених закладах усього сановано в порядку планової санації і за зверненнями відповідно 8 698 та 22 841 особа; більш детальні офіційні статистичні дані відсутні.

У 2010 році лікарями КНП «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка Чернігівської обласної Ради» оглянуто в порядку планової санації 29 667 осіб, з них потребували санації 20 743 особи, або 69,9% від оглянутих, сановані – 16 635 пацієнтів, або 80,2% осіб, які потребували санації. У 2019 році усього сановані в порядку планової санації і за зверненнями у цьому закладі 35 460 осіб; у порядку планової санації оглянуто 28 802 особи; 23 889 осіб потребували санації, або 82,9% осіб; з них сановано 21 121 осіб, або 88,4%.

Слід відмітити, що планова санація населення має відбуватися переважно в умовах первинної та вторинної стоматологічної допомоги, але обсяги санації в закладах обласного рівня зростали.

Кількість видалених зубів за показаннями з боку пацієнтів в амбулаторних умовах лікарями КНП «Житомирське обласне стоматологічне медичне об'єднання» зменшилася з 11 999 у 2010 році до 10 939 у 2019 році, або на 8,8%, чого варто було очікувати при зниженні обсягу відвідувань, але загалом залишалася високою; у КНП Харківської обласної ради «Обласна стоматологічна поліклініка» вона помірно зросла – з 11 883 до 11 949, або на 0,6%, а в КНП «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка Чернігівської обласної Ради» – збільшилася з 24 215 до 25 228, або на 4,2% (табл. 3).

Таблиця 3. Кількість видалених зубів у 2010 і 2019 роках лікарями КНП «Житомирське обласне стоматологічне медичне об'єднання», КНП Харківської обласної ради «Обласна стоматологічна поліклініка», КНП «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка Чернігівської обласної Ради»

Назва закладу	Кількість видалених зубів		Динаміка показника, %
	2010	2019	
КНП «Житомирське обласне стоматологічне медичне об'єднання»	11 999	10 939	- 8,8
КНП Харківської обласної ради «Обласна стоматологічна поліклініка»	11 883	11 949	+ 0,6
КНП «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка Чернігівської обласної Ради»	24 215	25 228	+ 4,2

У той же час розрахунки кількості видалених зубів відносно числа відвідувань показали, що вони практично не змінилися: у КНП «Житомирське обласне стоматологічне медичне об'єднання» й КНП «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка Чернігівської обласної Ради» видалення зубів здійснювалося кожному п'ятому відвідувачу, а в КНП Харківської обласної ради «Обласна стоматологічна поліклініка» – кожному десятому пацієнту як у 2010 році, так і в 2019 році.

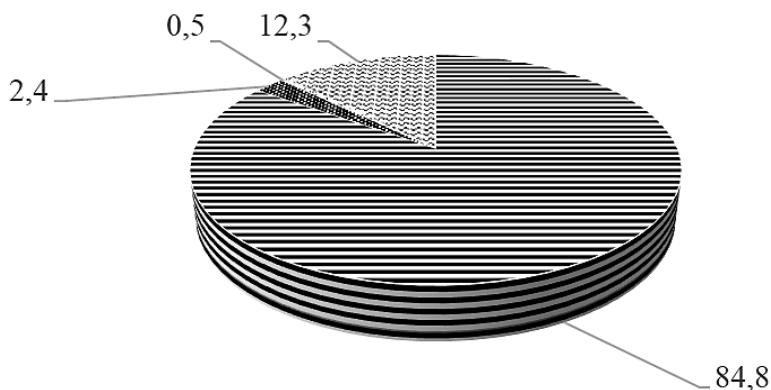
За причинами у 2019 році видалення зубів лікарями КНП «Житомирське обласне стоматологічне медичне об'єднання» здійснювалося в переважному обсязі – 84,8% (9 273 зубів) – з приводу ускладненого карієсу, 2,4% (258 зубів) – з приводу хвороб пародонту, 0,5% (54 зуба) – за ортодонтичними показаннями (рис. 1).

Структура причин видалення зубів лікарями КНП Харківської обласної ради «Обласна стоматологічна поліклініка» в 2019 році була подібною: перше місце

займав ускладнений карієс – 88,4% (10 565 зубів), друге – хвороби пародонту 11,2% (1 341 зуб), за ортодонтними показаннями видалено 0,4% (54 зуба) (рис. 2).

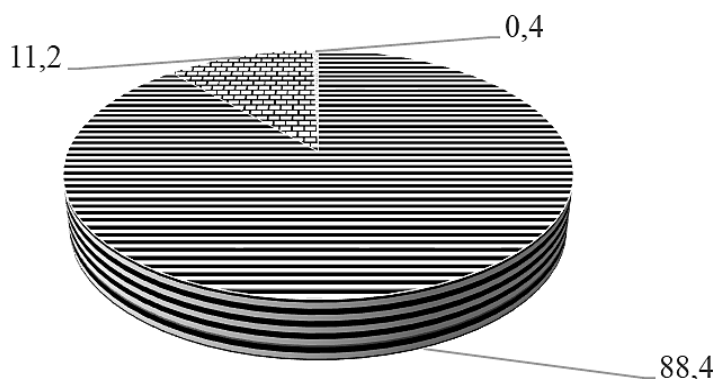
Виявлено, що при зменшенні кількості амбулаторних відвідувань стоматологів і зубних лікарів КНП «Житомирське обласне стоматологічне медичне

об'єднання» на 30,8%, як вже вище зазначалося, кількість стоматологічних операцій зросла на 2,5% – з 3 270 до 3 353. Структура утрочань у 2019 році включала гострі запальні процеси – 2 128, або 63,5%, пухлини та пухлиноподібні утворення – 142, або 4,2%, встановлення дентальних імплантатів – 569, або 16,9%.



= ускладнений карієс ■ хвороби пародонту + ортодонтні показання * інші

Рис. 1. Причини видалення зубів лікарями КНП «Житомирське обласне стоматологічне медичне об'єднання», 2019 рік



= ускладнений карієс + хвороби пародонту · ортодонтні показання

Рис. 2. Причини видалення зубів лікарями КНП Харківської обласної ради «Обласна стоматологічна поліклініка», 2019 рік

При помірному зменшенні кількості амбулаторних відвідувань стоматологів і зубних лікарів КНП Харківської обласної ради «Обласна стоматологічна поліклініка» (на 5,8%) кількість амбулаторних стоматологічних операцій значно зросла – на 18,5% (з 1 954 до 2 316). Структура утрочань у 2019 році також включала гострі запальні процеси – 774, або 33,4%, пухлини та пухлиноподібні утворення – 498, або 21,5%, інші – 569, або 45,1%.

При зростанні чисельності амбулаторних відвідувань стоматологів і зубних лікарів КНП «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка Чернігівської обласної Ради» на 8,0% у даному закладі зросла, але непропорційно, й кількість амбулаторних стоматологічних операцій – на 14,9% (з 2 876 до 3 305).

Співвідношення числа амбулаторних оперативних утрочань і кількості відвідувань зросло у кожному закладі, найбільше – у КНП «Житомирське обласне стоматологічне медичне об'єднання» – з 4,3% до 6,3% (табл. 4).

Співвідношення пролікованих зубів з приводу найчастішої патології – карієсу зубів – до числа пролікованих зубів із ускладненим карієсом утримувалось у 2010 та 2019 роках приблизно на однаковому рівні, як у КНП «Житомирське обласне стоматологічне медичне об'єднання» – 3,5:1 – 3,4:1, або з помірним зниженням, як у КНП Харківської обласної ради «Обласна стоматологічна поліклініка» – 5,0:1 – 4,6:1 та в КНП «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка Чернігівської обласної Ради» – 3,9:1 – 3,3:1. Це вказало

на підхід лікарів до лікування карієсу на ранніх стадіях з метою стабілізації прогресування патологічного процесу та профілактики розвитку ускладненого карієсу, значну складову вторинної профілактики в роботі лікарів.

Таблиця 4. Співвідношення кількості амбулаторних оперативних утручань і відвідувань лікарів у 2010 і 2019 роках КНП «Житомирське обласне стоматологічне медичне об'єднання», КНП Харківської обласної ради «Обласна стоматологічна поліклініка», КНП «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка Чернігівської обласної Ради»

Назва закладу	Співвідношення кількості амбулаторних оперативних утручань і амбулаторних відвідувань лікарів, %	
	2010	2019
КНП «Житомирське обласне стоматологічне медичне об'єднання»	4,3	6,3
КНП Харківської обласної ради «Обласна стоматологічна поліклініка»	1,4	1,7
КНП «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка Чернігівської обласної Ради»	2,3	2,5

Як видно з наведених даних, обсяги лікування неускладненого карієсу лікарями КНП Харківської обласної ради «Обласна стоматологічна поліклініка» значно перевищували аналогічні в інших закладах, обраних для дослідження, що вказало на високі потреби пацієнтів, з одного боку, та насторогу щодо розвитку ускладненого карієсу й своєчасні заходи з його попередження з боку лікарів.

Загалом високий обсяг потреб у санації, стійке утримання кількості видалених зубів відносно відвідувань і збільшення числа хірургічних утручань при зменшенні обсягу відвідувань у досліджуваних закладах свідчить про погіршення стану здоров'я порожнини рота населення, яке мало потреби у третинній стоматологічній допомозі.

Перспективи подальших досліджень полягають у більш детальному дослідженні чинників, що сприяють погіршенню стану здоров'я порожнини рота населення та обумовлюють його потреби у високоспеціалізованій стоматологічній допомозі.

Висновки

1. Результатами дослідження встановлено, що стан здоров'я порожнини рота населення за зверненнями до закладів третинної медичної допомоги стоматологічного профілю погіршився у 2019 році в порівнянні з 2010 роком. Це підтверджено, зокрема, зростанням питомої ваги первинних відвідувань до КНП «Житомирське обласне стоматологічне медичне об'єднання» з 31,4% до 37,9% та КНП Харківської обласної ради «Обласна стоматологічна поліклініка» – з 32,7% до 37,0%, високим

рівнем цього показника у КНП «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка Чернігівської обласної Ради» при його зменшенні з 42,7% до 38,2%.

2. Виявлено, що за медичними показаннями з боку пацієнтів кількість видалених лікарями зубів, як радикального методу лікування при різних патологіях, залишалася високою. У КНП Харківської обласної ради «Обласна стоматологічна поліклініка» вона зросла в 2019 році на 0,6%, у КНП «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка Чернігівської обласної Ради» – на 4,2%, переважно в зв'язку з ускладненим карієсом.

3. Показано, що стан здоров'я порожнини рота нерідко вимагав хірургічних утручань, про що свідчить зростання амбулаторних хірургічних операцій відносно відвідувань у кожному закладі. У 2019 році їх кількість зросла на 2,5% в КНП «Житомирське обласне стоматологічне медичне об'єднання», на 18,5% – у КНП Харківської обласної ради «Обласна стоматологічна поліклініка», на 8,0% – у КНП «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка Чернігівської обласної Ради».

4. У 2019 році, як і в 2010 році, характерним для стану здоров'я порожнини рота пацієнтів досліджуваних закладів було переважне ураження карієсом зубів, що позначалося на структурі хірургічних та терапевтичних утручань за причинами, та відповідало галузевій структурі захворювань порожнини рота, стабільній упродовж 2010-2019 років.

5. Погіршення стану здоров'я порожнини рота населення свідчить про необхідність посилення уваги до цієї проблеми на локальному, регіональному та державному рівні.

Література

1. GBD 2019 Universal Health Coverage Collaborators. Measuring universal health coverage based on an index of effective coverage of health services in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019.
2. Вороненко Ю. В., Павленко О. В., Мазур І. П. Стоматологічна допомога в Україні: основні показники діяльності за 2008 – 2018 роки: довідник. Кропивницький: Поліум, 2018. 212 с.

3. Стоматологічна допомога в Україні. Аналіз основних показників діяльності за 2020 рік. Під ред. Вороненка Ю. В., Мазур І. П., Павленка О. В. Кропивницький: Поліум, 2021. 100 с.
4. Деякі питання надання медичної субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам. Постанова Кабінету Міністрів України від 23 січня 2015 р. № 11. Верховна Рада України: вебсайт. Законодавство України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/11-2015-%D0%BF#Text> (дата звернення 30.12.2021).
5. Деякі питання надання субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам на здійснення заходів, спрямованих на розвиток системи охорони здоров'я у сільській місцевості. Постанова Кабінету Міністрів України від 6 грудня 2017 р. № 983. Верховна Рада України: вебсайт. Законодавство України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/983-2017-%D0%BF#Text> (дата звернення 30.12.2021).
6. Населення України 2020. Статистичний збірник. Державна служба статистики України. 2021. 186 с.
7. Статистичний щорічник України за 2010 рік. Державна служба статистики України. Київ: ТОВ «Август Трейд». 2011. С. 332.
8. Статистичний щорічник України 2019 рік. Державна служба статистики України. Київ, 2020. С. 34.

References

1. GBD 2019 Universal Health Coverage Collaborators. Measuring universal health coverage based on an index of effective coverage of health services in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019.
2. Voronenko Yu. V., Pavlenko O. V., Mazur I. P. Stomatolohichna dopomoha v Ukraini: osnovni pokaznyky diialnosti za 2008 – 2018 roky: dovidnyk. Kropyvnytskyi: Polium, 2018. 212 s.
3. Stomatolohichna dopomoha v Ukraini. Analiz osnovnykh pokaznykiv diialnosti za 2020 rik. Kropyvnytskyi: Polium, 2021. 100 s. Pid red. Voronenska Yu. V., Mazur I. P., Pavlenka O. V.
4. Deiaki pytannia nadannia medychnoi subventsii z derzhavnoho biudzhetu mistsevym biudzhetam. Postanova Kabinetu Ministriv Ukrainy vid 23 sichnia 2015 r. № 11. Verkhovna Rada Ukrainy: vebсайт. Zakonodavstvo Ukrainy. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/11-2015-%D0%BF#Text> (data zvernennia 30.12.2021).
5. Deiaki pytannia nadannia subventsii z derzhavnoho biudzhetu mistsevym biudzhetam na zdiisnennia zakhodiv, spriamovanykh na rozvytok systemy okhorony zdorovia u silskii mistsevosti. Postanova Kabinetu Ministriv Ukrainy vid 6 hrudnia 2017 r. № 983. Verkhovna Rada Ukrainy: vebсайт. Zakonodavstvo Ukrainy. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/983-2017-%D0%BF#Text> (data zvernennia 30.12.2021).
6. Naseleattia Ukrainy 2020. Statystychnyi zbirnyk. Derzhavna sluzhba statystyky Ukrainy. 2021. 186 s.
7. Statystychnyi shchorichnyk Ukrainy za 2010 rik. Derzhavna sluzhba statystyky Ukrainy. Kyiv, TOV «Avhust Treid». 2011. S. 332.
8. Statystychnyi shchorichnyk Ukrainy 2019 rik. Derzhavna sluzhba statystyky Ukrainy. Kyiv, 2020. S. 34.

Дата надходження рукопису до редакції: 26.01.2022 р.

Мета: дослідити стан здоров'я порожнини рота населення за зверненнями до закладів третинної медичної допомоги стоматологічного профілю у 2019 році в порівнянні з 2010 роком.

Матеріали та методи. Форми № 20 державної статистичної звітності за 2010 і 2019 роки комунальних неприбуткових підприємств: «Житомирське обласне стоматологічне медичне об'єднання», Харківської обласної ради «Обласна стоматологічна поліклініка», «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка Чернігівської обласної Ради», матеріали Державної служби статистики України, наукові джерела (усього 17 од.). Методи: медико-статистичний, логіко-структурного та порівняльного аналізу, узагальнення, графічний.

Результати. Установлено, що в 2019 році при зменшенні обсягу відвідувань зростає питома вага первинних відвідувань до комунальних неприбуткових підприємств: «Житомирське обласне стоматологічне медичне об'єднання» з 31,4% до 37,9%; Харківської обласної ради «Обласна стоматологічна поліклініка» – з 32,7% до 37,0%; зберігалися її високі рівні у комунальному неприбутковому підприємстві «Чернігівська обласна стоматологічна поліклініка Чернігівської обласної Ради» (38,2%); реєструвалася стабільно висока кількість видалених зубів внаслідок ускладненого карієсу, зростає кількість амбулаторних хірургічних операцій у кожному закладі (відповідно на 2,5%, 18,5% та на 8,0%).

Висновки. Стан здоров'я порожнини рота населення за зверненнями до закладів третинної медичної допомоги погіршився, що вимагало більш активних лікувальних утручань. Зберігалось переважне ураження зубів карієсом, що позначалося на структурі останніх. Результати потребують посилення уваги до проблеми здоров'я порожнини рота на локальному, регіональному та державному рівні.

Ключові слова: стоматологічна допомога, карієс зубів, видалення зубів, населення, відвідування.

The purpose of the research was to study the oral health on visits to tertiary medical care institutions of the dental profile in 2019 compared 2010.

Materials and methods. Forms No. 20 of the state statistical reporting for 2010 and 2019 of non-profit communal enterprises: «Zhytomyr Regional Dental Medical Association», Kharkiv Regional Council «Regional Dental Clinic», «Chernihiv Regional Dental Polyclinic of the Chernihiv Regional Council»; materials of the State Statistics Service of Ukraine, scientific sources (17 items in total). Methods: medical-statistical, logical-structural and comparative analysis, generalization, graphic.

Results. It was found that the share of primary visits increased in non-profit communal enterprises: «Zhytomyr Regional Dental Medical Association» – from 31.4% to 37.9%; Kharkiv Regional Council «Regional Dental Clinic» – from 32.7% to 37% in 2019. Its high levels remained in the communal non-profit enterprise «Chernihiv Regional Dental Clinic of the Chernihiv Regional Council» (38.2%) with a decrease in the volume of visits. A consistently high number of extracted teeth was recorded due to complicated caries; the number of outpatient surgical operations increased in each institution (by 2.5%, 18.5% and 8.0%, respectively).

Conclusions. The oral health get worsened according to the data of appeals to tertiary medical care institutions. This is indicated by more active surgical and therapeutic interventions. The predominant lesion of the teeth with caries persisted, this influenced the structure of the interventions. The results of the study indicate the need to increase attention to the problem of oral health at the local, regional and state levels.

Key words: dental care, dental caries, tooth extraction, population, visit.

Відомості про автора

Круть Анатолій Григорович – к. мед. н. доцент; директор Стоматологічного навчально-практичного медичного центру НУОЗ України імені П. Л. Шупика; бульвар Т. Шевченка, 1-А, Київ, Україна; здобувач наукового ступеня доктора медичних наук кафедри управління та публічного адміністрування НУОЗ України імені П. Л. Шупика. +380 (44) 234-20-29, akrut@ukr.net, ORCID ID 0000-0001-6503-3952.

DOI 10.24144/2077-6594.1.1.2022.254642
УДК 616.314.2-048.53-053.5

Мельник С.В., Горзов Л.Ф., Мельник В.С.

Частота захворюваності медичних працівників стоматологічного профілю

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

Melnyk S.V., Horzov L.F., Melnyk V.S.

The incidence of dental professionals

Uzhhorod National University,
Uzhhorod, Ukraine

volodymyr.melnyk@uzhnu.edu.ua

Вступ

Незважаючи на реалізацію заходів щодо зниження захворюваності та смертності, їхній рівень серед осіб працездатного населення за останні роки практично не змінився [1–4]. Особливо актуальна та недостатньо вивчена проблема захворюваності медичного персоналу стоматологічного профілю, враховуючи, що його праця призводить до швидкого фізіологічного та психологічного виснаження [5,6]. Високий рівень захворюваності медичних працівників визначається несприятливими та шкідливими умовами праці фізичної, хімічної, біологічної природи, застарілим обладнанням в лікувальних закладах, що виснажують захисні сили організму та роблять його більш сприйнятливим до дії причинного фактора; нефізіологічними умовами праці – сумісництво, нічна та змінна робота, некомфортний мікроклімат приміщень, часто – неможливість дотримання правил особистої гігієни та ін. На тлі високої інтенсивності праці робота медичних працівників характеризується значною навантаженою паперотворчою діяльністю, виконанням безлічі рутинних обов'язків та складанням звітів, заповненням довідок та бланків, низьким рівнем самозбережного здоров'я, формуванням синдрому емоційного вигорання. Це призводить до зниження якості життя лікарів, особливо зі збільшенням медичного стажу за такими показниками як соціальне та емоційне функціонування, загальний стан здоров'я [7–10]. Праця лікарів-стоматологів супроводжується впливом на їхній організм цілого ряду несприятливих чинників, до числа яких належать зорова й емоційна напруга, вимушене робоче положення, нераціональне освітлення, контакти з алергенами і токсичними речовинами, шум, вібрація, лазерне, ультрафіолетове, рентген випромінювання і небезпека поширення інфекцій [11–13]. Тривалий вплив негативних факторів виробничого середовища може викликати особливу форму патології – професійне захворювання. Зниження негативного впливу зазначених факторів на стан здоров'я медичних працівників досягається шляхом дотримання вимог як особистої гігієни, так і санітарно-гігієнічного режиму в закладах охорони здоров'я. Медичні працівники нерідко спроможні

самі надати собі допомогу. У зв'язку з цим медична документація не дає справжнього уявлення про захворюваність медичного персоналу різними захворюваннями [2,5]. Тому, при вивченні захворюваності медичного персоналу стоматологічного профілю, більш достовірним вважається комплексне отримання інформації, у тому числі і при соціологічному дослідженні, оскільки лікарі є достатньо компетентними, щоб дати самооцінку своєму здоров'ю.

Мета дослідження: виявити особливості захворюваності на тимчасову втрату працездатності медичних працівників стоматологічного профілю

Матеріали та методи

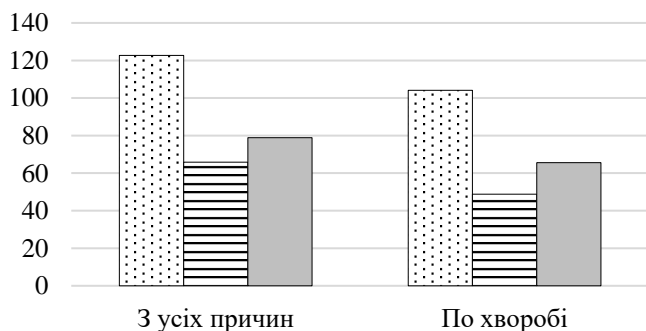
Нами проведено аналіз показників захворюваності з тимчасовою втратою працездатності (ЗТВП) за період з 2018-2020 роки у медичних працівників стоматологічного профілю у порівнянні з працюючим населенням та медичними працівниками Закарпатської області. При цьому оцінювали число випадків та днів непрацездатності на 100 працюючих та середню тривалість одного випадку непрацездатності. Джерелом статистичної інформації послужили дані із 1374 листків обліку тимчасової непрацездатності. Оцінка рівня ЗТВП проводилася за шкалою С. Л. Ноткіна (1979) [14], яка дозволяє оцінити рівень показників від «дуже низького» до «дуже високого», залежно від кількості та тривалості випадків непрацездатності. Для поглибленого вивчення захворюваності використано аналіз самооцінки стану здоров'я 121 стоматолога-терапевта та даних їх медичних оглядів. Для цього була спеціально розроблена соціально-гігієнічна анкета, яка складається з 24 питань, з використанням якої визначали умови праці, захворюваність ЗТВП та поширеність патології серед медичного персоналу стоматологічного профілю. Дослідження проводилось без персоніфікації респондентів. Результати поглибленого медичного огляду (із залученням вузьких спеціалістів: кардіолога, невролога, гастроентеролога, офтальмолога, уролога, отоларинголога, стоматолога) отримано в результаті вибірки з амбулаторних карток (ф.№ 025/о). Статистична

обробка даних виконувалася на персональному комп'ютері за допомогою ліцензованого програмного забезпечення для операційної системи Windows та стандартного програмного пакету Statsoft. Inc STATISTICA 6.0 2300 East 14th Street Tulsa, OK 74104 США. Достовірність результатів проаналізовано за t-критерієм Стьюдента [15,16].

Результати дослідження та їх обговорення

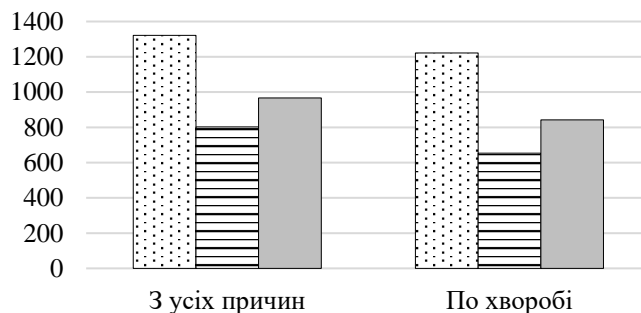
Аналіз ЗТВП медичних працівників стоматологічного профілю показав, що його рівень, як у випадках, так і в днях був значно вищим за показники працездатного населення та медичних працівників у цілому по Закарпатській області (рис. 1, 2). Рівень захворюваності за кількістю випадків ЗТВП у фахівців стоматологічного профілю з усіх причин був у 1,9 разів вищий, ніж у населення Закарпаття, та у 1,5 разів вищий, ніж у медичних працівників загалом по області. По хворобі (захворюванню) цей показник був у 2,1 та 1,6 разів, відповідно, вищим, ніж у порівнюваних групах.

Кількість днів непрацездатності у медичних працівників стоматологічного профілю також була вищою порівняно з працездатним населенням та медичними працівниками області з усіх причин відповідно у 1,6 та 1,4 рази, через хворобу – у 1,8 та 1,4 рази (рис. 2). Згідно з шкалою Є.Л.Ноткіна рівень ЗТВП у фахівців стоматологічного профілю оцінювався як високий з кількості випадків (від 120 до 149 випадків на 100 працюючих) і по днях (1200-1499 на 100 працюючих). Водночас у населення Закарпаття рівень ЗТВП з випадків був нижче середнього рівня, за кількістю днів непрацездатності – середнього рівня (60-79 і 800-999 на 100 працюючих, відповідно). У медичних працівників у цілому по області рівень захворюваності оцінювався, як середній з кількості випадків та по дням непрацездатності.



- ☐ Медичні працівники стоматологічного профілю
- ▨ Населення області
- Медичні працівники області

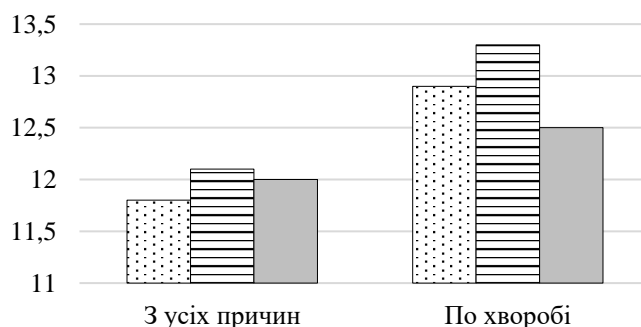
Рис. 1. Кількість випадків ЗТВП медичних працівників стоматологічного профілю, населення та медичних працівників Закарпаття в середньому за 2018-2020 роки (на 100 працюючих)



- ☐ Медичні працівники стоматологічного профілю
- ▨ Населення області
- Медичні працівники області

Рис. 2. Кількість днів ЗТВП медичних працівників стоматологічного профілю, населення та медичних працівників Закарпаття в середньому за 2018-2020 роки (на 100 працюючих)

Слід зазначити, що при високих показниках числа днів і випадків ЗТВП тривалість одного випадку непрацездатності була у медичних працівників стоматологічного профілю з усіх причин нижчою за порівнювальні групи, а через хворобу нижча, ніж у населення Закарпаття і вища, ніж у фахівців системи охорони здоров'я в цілому (рис. 3).



- ☐ Медичні працівники стоматологічного профілю
- ▨ Населення області
- Медичні працівники області

Рис. 3. Середня тривалість одного випадку тимчасової непрацездатності медичних працівників стоматологічного профілю, населення та медичних працівників Закарпаття в середньому за 2018-2020 роки (днів)

За стажем роботи достовірно збільшувалася середня тривалість одного випадку непрацездатності з $17,5 \pm 3,3$ (при середньому стажі роботи до 15 років – $6,7 \pm 0,9$ років) до $34,1 \pm 3,7$ днів (при середньому стажі більше 15 років – $27,9 \pm 0,6$ років). У структурі причин з тимчасовою втратою непрацездатності перше місце займали захворювання ($79,6$ випадків на 100 працюючих),

друге – догляд (20,0 випадків на 100 працюючих), третє – травми (0,4 випадки на 100 працюючих). У структурі ЗТВП у спеціалістів стоматологічного профілю (рис. 4) на першому місці були хвороби органів дихання (53,4%), на другому – кістково-м'язової системи (14,6%), на третьому – сечостатевої системи (13, 9%).

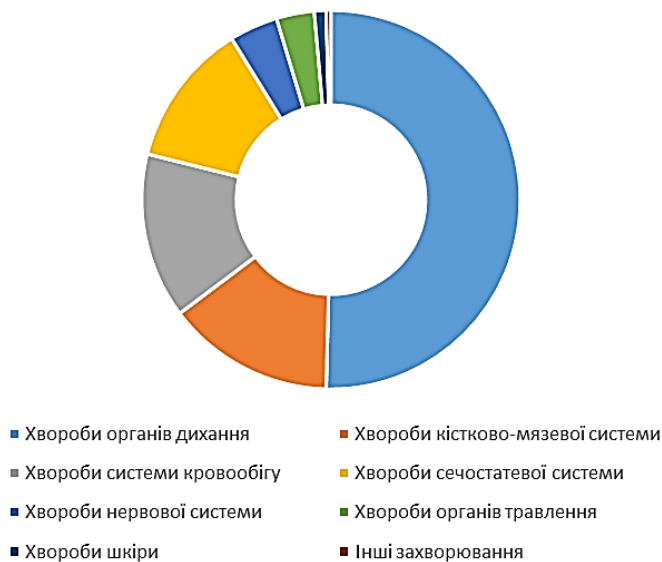


Рис. 4. Структура захворюваності з тимчасовою втратою працездатності медичних працівників стоматологічного профілю за 2018-2020 рр. (%)

Виявлена висока захворюваність із тимчасовою втратою працездатності викликала наш інтерес. Нами проведено аналіз самооцінки стану здоров'я у стоматологів-терапевтів, вивчено їх медичну активність (МА), що важливо як з точки зору виконання медичних рекомендацій самими лікарями, так і з точки зору того фактора, що вони повинні формувати цю активність у населення. Аналіз отриманих даних показав, що вважали своє самопочуття хорошим 30,6±3,5 із 100 стоматологів-терапевтів, задовільним – 58,8±3,8, поганим – 2,9±0,3. Лише 7,6±0,3 відносили себе практично до здорових осіб. Низький рівень МА виявлено у значній кількості спеціалістів. Так, за медичною допомогою при захворюванні відразу при погіршенні стану зверталось 17,6±2,9 зі 100 опитаних, третина (31,7±3,6) – коли не допомагало самолікування та коли ставало «важко працювати» (37,8±3,7). При цьому листки обліку тимчасової непрацездатності брали своєчасно лише 7,1±0,3 із 100 лікарів. Аналіз причин несвоєчасного звернення за медичною допомогою показав, що більшість стоматологів вважають своє захворювання недостатньо серйозним (62,4±3,7), п'ята частина (21,7±3,2) не вірила, що їхні колеги знають більше, ніж вони самі. Незважаючи на те, що стоматологи самі працюють у системі охорони здоров'я, кожен десятий вказав (8,8±0,2) на труднощі потрапити на прийом до лікаря (часто це пов'язано з розбіжністю графіка їх роботи з потрібним спеціалістом) або їх не влаштовує ставлення колег. На диспансерному обліку перебували 22,3±3,1 стоматологів, при цьому

хронічну патологію мали 55,3±3,8 із 100 фахівців. Рационально харчувалися, дотримуючись режиму харчування, лише 28,2±3,5 лікарів. Тривалість робочого дня у 51,2±3,8 зі 100 стоматологів-терапевтів становила понад 6 годин. Не буває можливості зробити перепочинок під час зміни у 70,0±3,5 лікарів, більшість (84,7±2,8) їх затримувалися на роботі після закінчення робочої зміни. У зв'язку з тим, що виявлено велику кількість лікарів, які в період хвороби не оформляли листки обліку тимчасової непрацездатності, що призводить до неповної реєстрації захворюваності, проаналізовано результати поглибленого медичного огляду. Встановлено, що лише 5,3±0,7% оглянутих було віднесено до групи практично здорових. Загалом захворюваність за даними поглибленого медичного огляду становила 122,8 на 100 обстежених, що перевищило захворюваність, яка реєструється з тимчасовою втратою працездатності. Поєднання двох хронічних захворювань виявлено у 263±19, трьох і більше – у 632±21% лікарів. Спадковість була обтяжена у 31,6% стоматологів. Структура захворюваності дещо відрізнялася від такої при ЗТВП. За даними медичних оглядів основне місце також належало хворобам органів дихання – 52,6%, переважно представленим хронічними бронхітами. На другому місці знаходилися хвороби кістковом'язової системи та органів травлення (частіше хронічний гастрит) – по 47,4%, на третьому – системи кровообігу – 31,6%, серед яких найбільш часто виявлялась артеріальна гіпертензія. Високий рівень захворюваності медичних працівників стоматологічного профілю за даними ЗТВП, медичного огляду та самоаналізу самопочуття, низька медична активність лікарів стоматологічного профілю говорять як про відсутність у них здоров'яохоронної поведінки, так і про нестачу заходів, які проводяться в лікувальних закладах з профілактики захворюваності медичних працівників.

Перспективи подальших досліджень полягають у комплексному вивченні захворюваності медичного персоналу стоматологічного профілю, зокрема за такими показниками як соціальне та емоційне функціонування, загальний стан здоров'я, які призводять до зниження якості життя лікарів, особливо зі збільшенням медичного стажу.

Висновки

1. Захворюваність на тимчасову втрату працездатності у медичних працівників стоматологічного профілю з усіх причин та захворювань як по числу днів (1350,4 та 1240,9 дня, відповідно), так і за кількістю випадків непрацездатності (123,3 та 106,2 випадки, відповідно) у перекладі на 100 працюючих була вищою, ніж у працездатного населення та медичних працівників Закарпатської області.

2. Відповідно до шкали Ноткіна рівень ЗТВП у спеціалістів стоматологічного профілю оцінено як «високий» по випадках та за кількістю днів непрацездатності. Зі збільшенням стажу роботи медичних працівників стоматологічного профілю понад 15 років

тривалість випадку непрацездатності у них збільшуються даними медичних оглядів перші місяці займали хвороби в 1,9 раз. У структурі захворюваності, як на ЗТВП, так і за органів дихання і кістково-м'язової системи.

Література

1. Державна служба статистики України [Електронний ресурс]. Режим доступу: <http://www.ukrstat.gov.ua/>
2. Довідник "Показники здоров'я населення" [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://medstat.gov.ua/ukr/news.html?id=236>.
3. Головне управління статистики у Закарпатській області [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://www.uz.ukrstat.gov.ua/statinfo/statinfo.html>.
4. База даних «Здоров'я для всіх. Україна»: Офіційний сайт Центру медичної статистики МОЗ України [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://medstat.gov.ua/ukr/news.html?id=203>.
5. Копач КД, Варивончик ДВ. Наукове обґрунтування уніфікованої програми профілактичних медичних оглядів працівників стоматологічної служби. Український журнал з проблем медицини праці. 2019 янв 15;15(20):110-20. <https://doi.org/10.33573/ujoh2019.02>
6. Варивончик ДВ, Копач КД. Комплексний аналіз професійної захворюваності працівників стоматологічної служби. Мед. перспектива. 2018 Янв 1;23(3):34-41. <http://journals.uran.ua/index.php/2307-0404/article/view/142331>.
7. Темуров ФТ. Частота захворюваності медичних працівників стоматологічного профілю. Клиническая стоматология. 2016;1(77):72-6.
8. Горзов ЛФ, Кривцова МВ, Костенко ЄЯ, Балега МІ, Войтович ВІ. Чинники ризику в процесі трудової діяльності медичних працівників стоматологічного профілю. Art of medicine. 2021; 4:38-42.
9. Панчук ОЮ. Гігієнічна оцінка умов праці за основними спеціальностями стоматологічного профілю в умовах використання сучасних технологій діагностики, лікування та профілактики. Вісник Вінницького національного медичного університету. 2017;1(21):336-41.
10. Возний ОВ, Германчук СМ, Струк ВІ, Біда ВІ, Погоріла АВ. Стан і перспективи розвитку стоматологічної допомоги населенню України. Актуальні питання фармацевтичної і медичної науки та практики. 2019;12 (2):228–34.
11. Наказ МОЗ України. Гігієнічна класифікація праці за показниками шкідливості та небезпечності факторів виробничого середовища, важкості та напруженості трудового процесу : ДСНіП від 08.04.2014 № 248.
12. Москаленко ВФ, Яворовський ОП. Гігієна та охорона праці медичних працівників: навч. посібник. Київ: Медицина, 2009. 176 с.
13. Державні санітарні норми та правила «Гігієнічна класифікація праці за показниками шкідливості та небезпечності факторів виробничого середовища, важкості та напруженості трудового процесу». Київ, 2014. 34 с.
14. Ноткин, ЕЛ. Об углубленном анализе данных заболеваемости с временной нетрудоспособностью. Гигиена и санитария. 1979. 40–6с.
15. Ромакин ВВ. Комп'ютерний аналіз даних: Навч. посіб. Миколаїв. 2006. 144 с.
16. Москаленко ВФ. Біостатистика: підручник. Книга плюс, 2009.184с.

References

1. Derzhavna sluzhba statystyky Ukrainy [Elektronnyi resurs]. Rezhym dostupu: <http://www.ukrstat.gov.ua/>
2. Dovidnyk "Pokaznyky zdorovia naseleennia" [Elektronnyi resurs]. – Rezhym dostupu : <http://medstat.gov.ua/ukr/news.html?id=236>.
3. Holovne upravlinnia statystyky u Zakarpatskii oblasti [Elektronnyi resurs] – Rezhym dostupu: <http://www.uz.ukrstat.gov.ua/statinfo/statinfo.html>.
4. Baza danykh «Zdorovia dlia vsikh. Ukraina»: Ofitsiyni sait Tsentru medychnoi statystyky MOZ Ukrainy [Elektronnyi resurs] – Rezhym dostupu: <http://medstat.gov.ua/ukr/news.html?id=203>.
5. Kopach KD, Varyvonchik DV. Naukove obgruntuvannia unifikovanoi prohramy profilaktychnykh medychnykh ohliadiiv pratsivnykiv stomatolohichnoi sluzhby. Ukrainskyi zhurnal z problem medytsyny pratsi. 2019 yanv 15;15(20):110-20. <https://doi.org/10.33573/ujoh2019.02>
6. Varivonchik DV, Kopach KD. Kompleksnyi analiz professionalnoy zabolevaemosti rabotnikov stomatologicheskoy sluzhbyi. Med. perspektiva. 2018 Yanv 1;23(3):34-41. <http://journals.uran.ua/index.php/2307-0404/article/view/142331>.
7. Temurov FT. Chastota zabolevaemosti meditsynskikh rabotnikov stomatologicheskogo profilya. Klinicheskaya stomatologiya. 2016;1(77):72-6.
8. Horzov LF, Kryvtsova MV, Kostenko EY, Balega, MI, Voitovich VI. Chynnyky ryzyku v protsesi trudovoi diialnosti medychnykh pratsivnykiv stomatolohichnoho profiliu. Art of medicine. 2021; 4:38-42.

9. Panchuk OIu. Hihiienichna otsinka umov pratsi za osnovnymy spetsialnostiamy stomatolohichnoho profilu v umovakh vykorystannia suchasnykh tekhnolohii diahnostryky, likuvannia ta profilaktyky. Visnyk Vinnytskoho natsionalnoho medychnoho universytetu. 2017;1(21):336-41.
10. Voznij OV, Germanchuk SM, Struk VI, Bida VI, Pogorila AV. Stan i perspektivi rozvitku stomatologichnoyi dopomogi naseleennyu Ukrayini. Aktualni pytannia farmacevtychnoyi i medychnoyi nauky ta praktyky. 2019;12(2):228-34.
11. Nakaz MOZ Ukrainy. Hihiienichna klasyfikatsiia pratsi za pokaznykamy shkidlyvosti ta nebezpechnosti faktoriv vyrobnychoho seredovyshcha, vazhkosti ta napruzhenosti trudovoho protsesu : DSNiP vid 08.04.2014 № 248
12. Moskalenko VF, Yavorovskyi OP. Hihiiena ta okhrona pratsi medychnykh pratsivnykiv: navch. posibnyk. Kyiv: Medytsyna, 2009. 176 s.
13. Derzhavni sanitarni normy ta pravyla «Hihiienichna klasyfikatsiia pratsi za pokaznykamy shkidlyvosti ta nebezpechnosti faktoriv vyrobnychoho seredovyshcha, vazhkosti ta napruzhenosti trudovoho protsesu». Kyiv. 2014.34 s.
14. Notkin, EL. Ob uglublennom analize danykh zabolevaemosti s vremennoy netrudosposobnostyu. Gigiena i sanitariya.1979. 40-6.
15. Romakin VV. Kompiuternyi analiz danykh: Navch. posib. Mykolaiv. 2006. 144 s.
16. Moskalenko VF. Biostatystyka: pidruchnyk. Knyha plius, 2009.184s.

Дата надходження рукопису до редакції: 22.12.2021 р.

Мета: виявити особливості захворюваності на тимчасову втрату працездатності медичних працівників стоматологічного профілю.

Матеріали та методи. Нами проведено аналіз показників захворюваності з тимчасовою втратою працездатності (ЗТВП) за період з 2018-2020 роки у медичних працівників стоматологічного профілю у порівнянні з працюючим населенням та медичними працівниками Закарпатської області. Джерелом статистичної інформації послужили дані із 1374 листків обліку тимчасової непрацездатності. Для поглибленого вивчення захворюваності використано аналіз самооцінки стану здоров'я 121 стоматолога-терапевта та даних їх медичних оглядів.

Результати. Рівень захворюваності за кількістю випадків ЗТВП у фахівців стоматологічного профілю з усіх причин був у 1,9 разів вищий, ніж у населення Закарпаття, та у 1,5 разів вищий, ніж у медичних працівників загалом по області. По хворобі цей показник був у 2,1 та 1,6 разів, відповідно, вищим, ніж у порівнюваних групах.

Висновки. Захворюваність на ЗТВП у медичних працівників стоматологічного профілю з усіх причин та захворювань, як по числу днів (1350,4 та 1240,9 дня, відповідно), так і за кількістю випадків непрацездатності (123,3 та 106,2 випадки, відповідно) у перекладі на 100 працюючих була вищою, ніж у працездатного населення та медичних працівників Закарпатської області.

Ключові слова: захворюваність, захворюваність із тимчасовою втратою працездатності, медична активність, медичні працівники стоматологічного профілю, медичні огляди.

Objective: to identify the features of the incidence of temporary disability of medical professionals in the dental field.

Materials and methods. We analyzed the incidence of temporary disability (STD) for the period from 2018 to 2020 in medical professionals of the dental profile in comparison with the working population and medical workers of the Transcarpathian region. The source of statistical information was data from 1374 sheets of temporary incapacity for work. For an in-depth study of the incidence, the analysis of self-assessment of the health status of 121 dentists and the data of their medical examinations was used.

Results. The incidence rate of ZTVP among dental specialists for all reasons was 1.9 times higher than among the population of Transcarpathia, and 1.5 times higher than among medical workers in the region as a whole. In terms of disease, this indicator was 2.1 and 1.6 times higher, respectively, than in the compared groups.

Conclusions. The incidence of STDs in dental professionals for all causes and diseases, both by the number of days (1350.4 and 1240.9 days, respectively) and the number of cases of incapacity (123.3 and 106.2 cases, respectively) in translation per 100 employees was higher than the working population and health workers of the Transcarpathian region.

Key words: morbidity, morbidity with temporary disability, medical activity, dental professionals, medical examinations.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflict of interest: absent.

Відомості про авторів

Мельник Софія Володимирівна – аспірант кафедри терапевтичної стоматології Ужгородського національного університету; 88000, м. Ужгород, вул. Університетська, 16 «а».
+380 (50) 884-81-11, szofia.melnyk@gmail.com, ORCID ID 0000-0002-9016-3254.

Горзов Людмила Федорівна – к.мед.н., доцент, завідувач кафедри терапевтичної стоматології Ужгородського національного університету; 88000, м. Ужгород, вул. Довженка, 18/3.
+380 (50) 762-61-29, liudmyla.horzov@uzhnu.edu.ua, ORCID ID 0000-0001-5299-3401.

Мельник Володимир Семенович – к.мед.н., доцент, завідувач кафедри дитячої стоматології Ужгородського національного університету; 88000, м. Ужгород, вул. Капітульна, 21/1.
+380 (50) 606-36-04, volodymyr.melnyk@uzhnu.edu.ua, ORCID ID 0000-0001-6256-5355.

DOI 10.24144/2077-6594.1.1.2022.254643
УДК 614.2-043.86

Слабкий Г.О.¹, Миронюк І.С.¹, Дудник С.В.²

Сучасні підходи до збереження здоров'я дітей у віці до п'яти років життя

¹ДВНЗ «Ужгородський національний університет»,
м. Ужгород, Україна

²Національний медичний університет
імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

Slabkiy G.O.¹, Mironyuk I.S.¹, Dudnik S.V.²

Modern approaches to preserving the health of children under the age of five

¹Uzhhorod National University,
Uzhhorod, Ukraine

²National Medical University named after O.O.Bohomolets,
Kyiv, Ukraine

g.slabkiy@ukr.net, ivan.myronyuk@uzhnu.edu.ua, sv.dudnik@ukr.net

Вступ

За даними ООН та ВООЗ у світі значна кількість дітей помирає у віці до п'яти років життя, при цьому 46% з них – у перші 28 дні життя. ЮНІСЕФ та ВООЗ прогнозують, що при відсутності ефективних дій протягом 2017–2030 років помруть близько 60 мільйонів дітей у віці до п'яти років життя.

За роки незалежності в Україні відбулось зниження показника малюкової смертності та всіх її складових [1,2], проте рівень дитячої смертності майже у 1,5–2 рази продовжує перевищувати показники розвинених країн [3] з високим рівнем смертності дітей поза стаціонаром [4] та економічних втрат для держави [5].

За даними наукової літератури система медичного забезпечення дітей в Україні не в повній мірі відповідає сучасним потребам та рівню провідних країн світу [7].

Дане і обумовили актуальність даного дослідження.

Мета дослідження – визначити сучасні підходи до збереження здоров'я дітей у віці до п'яти років життя.

Матеріали та методи

Матеріалами дослідження стала система медико-соціальної допомоги дітям та показники смертності дітей у віці до п'яти років життя. В ході дослідження використано статистичний та бібліосемантичний методи та метод структурно-логічного аналізу.

Результати дослідження та їх обговорення

Базуючись на глобальних, європейських та міжнародних і вітчизняних документах обґрунтовано сучасні підходи до збереження здоров'я дітей у віці до п'яти років життя які представлені інноваційною системою медико-соціальної допомоги дітям до п'яти років в Україні (рис.).

Стратегічним напрямком цих підходів (системи) є

збереження здоров'я і зменшення смертності дітей у віці до п'яти років життя на сучасному етапі розвитку країни.

Тактичним напрямком системи є запровадження інноваційних багаторівневих функціонально-організаційних технологій в охороні здоров'я із використанням міжсекторальних підходів державних та недержавних секторів в рішенні визначеної проблеми.

Запропонована система включає п'ять рівнів (державний, галузевий, міжсекторальний, територіальний, сімейний), що забезпечує доступність, комплексність, етапність, наступність, якість медичної допомоги та запроваджує певні інноваційні структурно-організаційні елементи.

Для досягнення поставленої мети пропонується запровадження загальних принципів сучасного медичного менеджменту за всіма напрямками, безпосередньо:

- ефективне управління процесом організації медичної допомоги, інтеграція, планування, ресурсне забезпечення;

- інтегроване управління якістю медичної допомоги;

- передбачення та мінімізація ризиків при імplementації системи;

- формування у батьків відповідального ставлення до здоров'я дітей;

- дотримання прав людини та вимог законодавства у сфері протидії насильству.

На державному рівні пропонується прийняття низки законів та нормативно-правових документів, по забезпеченню фінансових, медичних, соціальних гарантій охорони материнства та дитинства. Оскільки смертність в неонатальний період має найбільший внесок в загальний показник смертності дітей віком до п'яти років життя на базі глобальної ініціативи ВООЗ «Кожна жінка, кожна дитина» пропонується прийняття Державної багатосекторальної програми з охорони матері та дитини та відповідних регіональних і територіальних програм із забезпеченням їх адекватним фінансуванням.

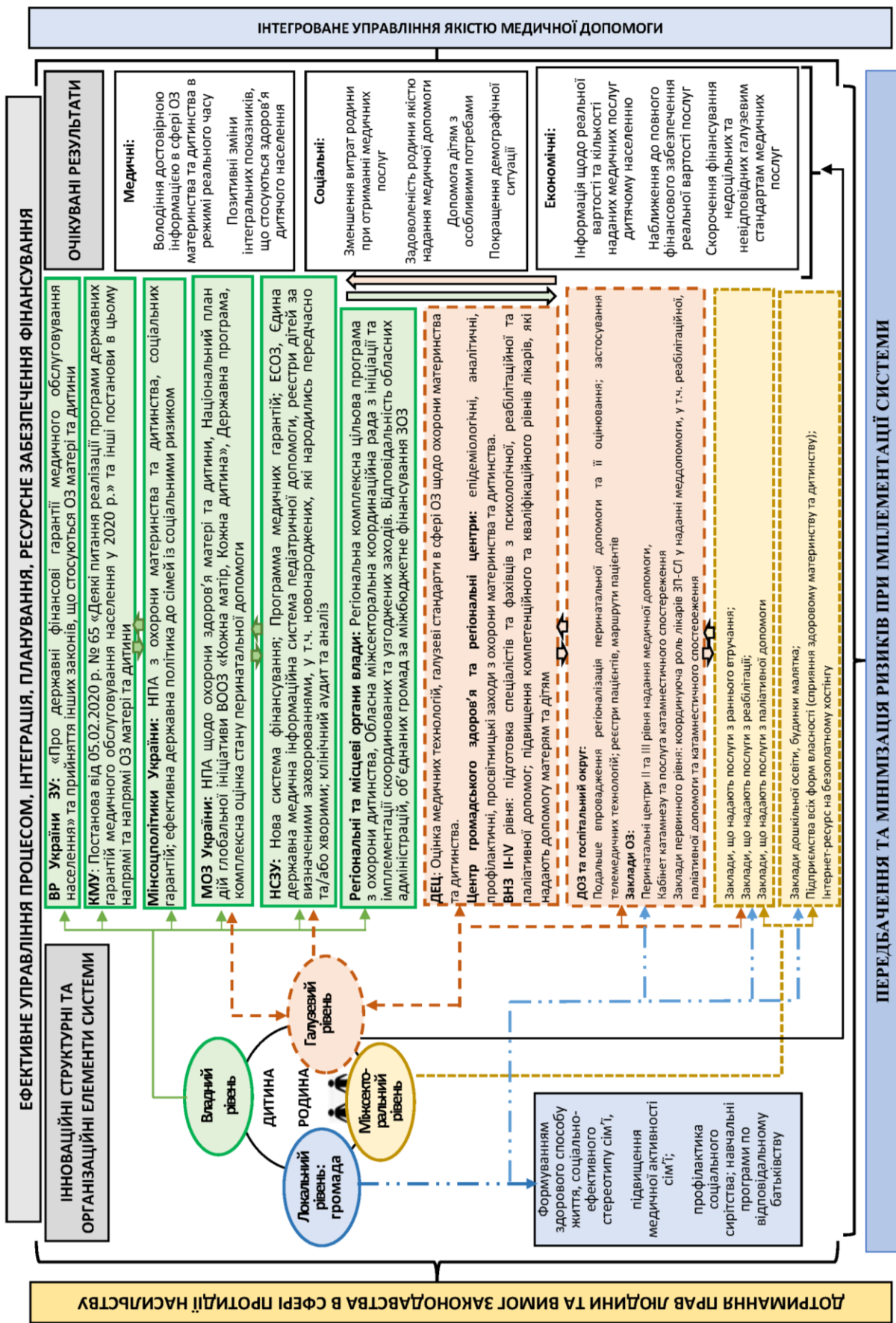


Рис. Інноваційна система медико-соціальної допомоги дітям до 5 років в Україні [6]

Складовими вказаних програм мають бути:

- забезпечення здорового початку життя (пакети «медична допомога при пологах», «медична допомога при складних неонатальних випадках»);
- покращання медичної допомоги на первинному рівні надання медичної допомоги, лікарі якого повинні забезпечувати як медичні послуги, так і координуючі функції забезпечення співпраці з усіма залученими до охорони материнства та дитинства учасниками процесу;
- запровадження на сучасному рівні нових для країни напрямів надання медичної допомоги, зокрема катamnестичного спостереження за хворими та передчасно народженими дітьми упродовж перших п'яти років життя, послуг з реабілітації, раннього втручання та паліативної допомоги.

Всі види медичної допомоги матерям та дітям мають бути стандартизованими та базуватися на даних з доведеною ефективністю.

З метою зниження смертності дітей і в першу чергу позалікарняної, важливим є надання інтегрованих послуг, що передбачає не тільки спільне фінансування закладів, які надають послуги, насамперед, з катamnестичного спостереження, раннього втручання, реабілітаційної та паліативної допомоги МОЗ України, Міністерством соціальної політики України, органами місцевого самоврядування та меценатами, але й залучення вказаних структур до організації та надання таких послуг на регіональному/місцевому рівнях.

Значне місце приділяється комунікаціям та просвітницькій роботі з родиною дитини, зокрема, формуванню відповідального ставлення батьків до забезпечення здоров'я дітей та здорового способу життя, соціально-ефективного стереотипу сім'ї, підвищенню медичної активності сім'ї; профілактиці соціального сирітства, допомозі дітям і батькам з економічно незабезпечених сімей через створення комплексної підтримки; навчанню батьків відповідальному батьківству; приділенню ефективної уваги матерям із числа уразливих груп населення.

На заклади системи громадського здоров'я в даній діяльності покладається здійснення моніторингу та оцінки стану здоров'я дитячого населення; профілактика інфекційних і неінфекційних захворювань, виявлення детермінант формування проблем здоров'я у дітей та забезпечення взаємодії з органами влади, закладами освіти та дослідницькими установами на умовах партнерства з визначених напрямків діяльності.

Література

1. Дудіна О. О., Моїсеєнко Р. О., Дудник С. В., Габорець Ю. Ю. Ситуаційний аналіз стану здоров'я дітей. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2017 рік. Монографія. / МОЗ України, ДУ "УІСД МОЗ України". Київ: Медінформ, 2018. С. 39–64.
2. Дудник С. В. Сучасні тенденції малюкової смертності в Україні. Україна. Здоров'я нації. 2016. № 4 (40). С. 32–37.
3. Дудник С. В. Порівняльна характеристика і сучасні тенденції рівня дитячої смертності в Україні, державах Європейського регіону та країнах пострадянського простору. Україна. Здоров'я нації. 2017. № 4 (45). С. 29–35.

Важливе значення в запровадженні запропонованої системи по виконанню Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19.10.2017 має бути достатній обсяг медичної допомоги та його адекватне фінансування в рамках пакетів «Медична допомога новонародженим в складних неонатальних випадках» та інші пакети медичних послуг, які стосуються медичної допомоги дитячому населенню країни.

Прогностично впровадження запропонованої інноваційної системи медико-соціальної допомоги дітям до 5 років життя в Україні матиме медичний, соціальний та економічний ефекти.

Запропонована система медико-соціальної допомоги дітям до п'яти років життя в Україні, яка скерована на зниження смертності дітей відповідає напрямам реформування національної медичної галузі та кращим світовим взірцям, що дає можливість рекомендувати її для впровадження у практику системи охорони здоров'я України.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням стану здоров'я дітей в умовах та після завершення війни з росією.

Висновки

Представлено сучасну систему медико-соціальної допомоги дітям до п'яти років життя в Україні, яка носить міжсекторальний характер та включає 5 рівнів (владний, галузевий, міжсекторальний, локальний/громада, сімейний); низку інноваційних структурно-організаційних елементів. Центральним елементом системи виступає дитина віком до п'яти років життя та її родина, що визначає її пацієнтоорієнтованість.

Обґрунтована система базується на міжнародних та національних документах із збереження здоров'я матерів та дітей, носить комплексний характер з імплементацією заходів глобальної ініціативи ВООЗ «Кожна жінка, кожна дитина» з впровадженням інтегрованої міжсекторальної послуги, що включає катamnестичне спостереження, послуги з реабілітації, паліативної допомоги та раннього втручання; дотримання прав людини та вимог законодавства в сфері протидії насильству, впровадження яких в комплексі матиме медичний, соціальний та економічний ефекти.

4. Дудник С. В. Економічні збитки держави внаслідок малюкової смертності. Економіка і право охорони здоров'я. 2017. № 1 (5). С. 5–9.
5. Дудник С. В. Сучасний стан та тенденції смертності дітей поза стаціонаром. Україна. Здоров'я нації. 2018. № 4/1 (53). С. 98–104.
6. Дудник С. В. Обґрунтування інноваційної системи медико-соціальної допомоги дітям до 5 років в Україні: автореф. дис. док. мед. наук: 14.02.03; Харківський національний медичний університет. Харків, 2022. 34 с.
7. Слабкий Г. О., Дудник С. В. Щодо функціонально-організаційної системи попередження дитячої смертності. Впровадження сучасних досягнень медичної науки у практику охорони здоров'я України: матеріали VIII Міжнародного Медичного Конгресу (Київ, 17–19 квіт. 2019 р.). Київ, 2019. С. 6.

References

1. Dudina O. O., Moiseienko R. O., Dudnyk S. V., Haborets Yu. Yu. Sytuatsiyni analiz stanu zdorovia ditei. Shchorichna dopovid pro stan zdorovia naseleennia, sanitarno-epidemichnu sytuatsiiu ta rezultaty diialnosti systemy okhorony zdorovia Ukrainy. 2017 rik. Monohrafiia. / MOZ Ukrainy, DU "UISD MOZ Ukrainy". Kyiv: Medinform, 2018. S. 39–64.
2. Dudnyk S. V. Suchasni tendentsii maliukovoї smertnosti v Ukraini. Ukraina. Zdorovia natsii. 2016. № 4 (40). S. 32–37.
3. Dudnyk S. V. Porivnialna kharakterystyka i suchasni tendentsii rivnia dytiachoi smertnosti v Ukraini, derzhavakh Yevropeiskoho rehionu ta krainakh postradianskoho prostoru. Ukraina. Zdorovia natsii. 2017. № 4 (45). S. 29–35.
4. Dudnyk S. V. Ekonomichni zbytky derzhavy vnaslidok maliukovoї smertnosti. Ekonomika i pravo okhorony zdorovia. 2017. № 1 (5). S. 5–9.
5. Dudnyk S. V. Suchasnyi stan ta tendentsii smertnosti ditei poza statsionarom. Ukraina. Zdorovia natsii. 2018. № 4/1 (53). S. 98–104.
6. Dudnyk S. V. Obgruntuvannia innovatsiinoї systemy medyko-sotsialnoї dopomohy ditiam do 5 rokiv v Ukraini: avtoref. dys. dok. med. nauk: 14.02.03; Kharkivskiy natsionalnyi medychnyi universytet. Kharkiv, 2022. 34 s.
7. Slabkyi H. O., Dudnyk S. V. Shchodo funktsionalno-orhanizatsiinoї systemy poperedzhennia dytiachoi smertnosti. Vprovadzhenia suchasnykh dosiahnen medychnoi nauky u praktyku okhorony zdorovia Ukrainy: materialy VIII Mizhnarodnoho Medychnoho Konhresu (Kyiv, 17–19 kvit. 2019 r.). Kyiv, 2019. S. 6.

Дата надходження рукопису до редакції: 11.03.2022 р.

Мета: визначити сучасні підходи до збереження здоров'я дітей у віці до п'яти років життя.

Матеріали та методи. Матеріалами дослідження стала система медико-соціальної допомоги дітям до п'яти років життя. В ході дослідження використано статистичний та бібліосемантичний методи та метод структурно-логічного аналізу.

Результати. Обґрунтована та розроблена сучасна система збереження здоров'я дітей у віці до п'яти років життя, яка носить міжсекторальний характер та включає всі рівні державного управління. Вказане забезпечує доступність, комплексність, етапність, наступність, якість медичної допомоги.

Висновки. Запропонована система відповідає напрямам реформування національної медичної галузі та кращим світовим взірцям і рекомендується для впровадження в охорону здоров'я України.

Ключові слова: діти, здоров'я, збереження, сучасні підходи.

Goal of research: to define the modern approaches to preserving the health of children under five years of age.

Materials and methods. The system of medical and social aid to children under five years of life was used as research materials. Statistical and bibliosemantic methods and also the method of structural and logical analysis was applied in the course of study.

Results. A modern system for preserving the health of children under the five years of life is substantiated and developed, which is intersectoral in nature and includes all levels of public administration. This ensures accessibility, complexity, stageability, continuity, quality of medical care.

Conclusions. The proposed system corresponds to the directions of reforming the national medical industry and the best world models and is recommended for implementation in the healthcare of Ukraine.

Key words: children, health, preserving, modern methods.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflicts of interest: absent.

Відомості про авторів

Слабкий Геннадій Олексійович – д.мед.н., проф., завідувач кафедри наук про здоров'я факультету здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.
g.slabkiy@ukr.net.

Миронюк Іван Святославович – д.мед.н., професор, декан факультету здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.
ivan.myronyuk@uzhnu.edu.ua.

Дудник Світлана Валеріївна – д.мед.н., професор кафедри менеджменту охорони здоров'я Національного медичного університету імені О.О. Богомольця; бульвар Тараса Шевченка, 13, м. Київ, 01601, Україна.
sv.dudnik@ukr.net.

Пішковці А-М.М.

**До питання забезпечення
стоматологічного здоров'я дитячого
населення гірської географічної
зони проживання**

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

Pishkovtsi A-M.M.

**On the issue of ensuring the dental health
of children in the mountainous
geographical area of residence**

Uzhhorod National University,
Uzhhorod, Ukraine

annamariaremez@gmail.com

Вступ

Збереження стоматологічного здоров'я дітей є однією із ключових завдань, яке ставить Всесвітня організація здоров'я [3,15]. При цьому необхідно відмітити, що стан стоматологічного здоров'я дітей в Україні погіршується [1,2,14]. За даними наукової літератури проблеми стоматологічного характеру мають до 80% дітей в країні [5]. В останній час, в ході реформування галузі охорони здоров'я та проведення адміністративно-територіальної реформи [6], питання організації стоматологічної допомоги дитячому населенню не вирішено [12,13]. Питання організації стоматологічної допомоги дітям, які проживають в гірській географічній зоні в науковій літературі не висвітлено. Необхідно зазначити, що умови проживання в гірській географічній зоні мають свої особливості [9,11], що позначається на доступності медичної допомоги взагалі [10,12] в тому числі стоматологічної. Необхідно також зазначити, що населення даної географічної зони має низький рівень прихильності до забезпечення профілактики захворювань [4,7,8,10].

Мета: запропонувати концептуальні підходи до забезпечення збереження стоматологічного здоров'я дитячого населення гірської географічної зони проживання.

Матеріали та методи

Методи: бібліосемантичний, контент – аналізу, описового моделювання, структурно-логічного аналізу. Матеріали: дані наукової літератури, законодавчі акти із адміністративно-територіальної реформи та реформування системи охорони здоров'я України.

Результати дослідження та їх обговорення

Аналіз даних наукової літератури та законодавчих актів із адміністративно-територіальної реформи та реформування системи охорони здоров'я України дозволили встановити особливості способу життя, стану

стоматологічного здоров'я та умови одержання стоматологічної допомоги дітей та на їх основі концептуально виділити напрямки діяльності в забезпеченні високого рівня стоматологічного здоров'я дитячого населення яке проживає в гірській географічній зоні.

Стратегічним напрямком такої діяльності є забезпечення високого рівня стоматологічного здоров'я у дітей, що проживають в гірській географічній зоні.

Тактичним напрямком такої діяльності є створення умов для збереження та зміцнення стоматологічного здоров'я у дітей, що проживають в гірській географічній зоні.

Центральне місце в даній діяльності займають діти всіх вікових груп незалежно від соціально-економічного стану сім'ї та місця знаходження дитини, що визначає пацієнтоорієнтованість даного виду діяльності.

Даний процес є міжсекторальним і в ньому приймають участь: сім'я, навчальні (дошкільні та шкільні) навчальні заклади, система громадського здоров'я, система торгівлі, об'єднані територіальні громади, сімейні лікарі та сімейні медичні сестри, система охорони здоров'я – рівень спеціалізованої стоматологічної медичної допомоги, Національна служба здоров'я України.

Розглянемо більш детально функції кожного учасника процесу формування та забезпечення стоматологічного здоров'я дітей, які проживають в гірській географічній зоні.

Діти із сформованою прихильністю до збереження стоматологічного здоров'я здатні забезпечити та забезпечують гігієнічний догляд за зубами та ротовою порожниною.

Сім'я. Створює умови дитині для гігієнічного догляду за зубами та порожниною рота, привчає до цього дитину та забезпечує проходження дитиною цільових профілактичних стоматологічних оглядів, а при необхідності забезпечує проведення санації ротової порожнини.

Навчальні (дошкільні та шкільні) заклади. Надання дітям інформації про значення для людини

стоматологічного здоров'я високого рівня, шляхи його збереження та правила гігієнічного догляду за зубами та порожниною рота. Створення умов для догляду за зубами та порожниною рота під час перебування в навчальному закладі.

Сумісно з іншими службами охорони здоров'я та територіальними громадами забезпечити проведення дітям профілактичних стоматологічних оглядів дітей з наступним їх оздоровленням, по потребі.

Система громадського здоров'я. Задачі працівників системи громадського здоров'я полягають в тому, що разом із медичними працівниками первинної ланки медичної допомоги та лікарями стоматологами – дитячими з використанням індивідуальної, групової, колективної та сімейної комунікації проводять цілеспрямовану роботу з батьками (особами, що їх замінюють), іншими дорослими членами сімей дітей та дітьми з формування прихильності до збереження стоматологічного здоров'я у дітей, навчання ефективним методам гігієнічного догляду за зубами та порожниною рота у дітей і методам профілактики уражень твердих тканин зубів захворювань ясен і слизової оболонки порожнини рота, раціональному харчуванню тощо.

Система торгівлі має забезпечити в повному обсязі наявність та доступність засобів догляду за зубами та порожниною рота для населення гірської географічної зони проживання.

Об'єднані територіальні громади. Виходячи із законодавчо визначених задач та реальної потреби створити умови для ефективного функціонування кабінетів лікарів-стоматологів дитячих.

Сімейні лікарі та сімейні медичні сестри. Дані медичні працівники є медичними працівниками першого контакту населення з системою охорони здоров'я і вони мають бути підготовленими до надання невідкладної стоматологічної допомоги дітям та проведення скринінгових профілактичних оглядів дітей, а також забезпечувати моніторинг за здійсненням у необхідних випадках здійснення санації порожнини рота. Крім того до функцій працівників первинної ланки є організація Шкіл здоров'я типу «Здорова посмішка» (разом з працівниками інших служб) з навчання батьків, дітей та членів з питань забезпечення гігієнічного догляду за зубами та порожниною рота у дітей з формуванням їх прихильності

до профілактичних заходів в повному обсязі. Дану активність можна проводити в рамках нині діючих «Шкіл відповідального батьківства».

Система охорони здоров'я – рівень спеціалізованої стоматологічної медичної допомоги. Дана система має бути представлена лікарями-стоматологами дитячими. В їх обов'язки входить весь комплекс стоматологічної допомоги дітям: від надання невідкладної стоматологічної допомоги дітям до послуг профілактичної спрямованості. Дана стоматологічна допомога має бути доступною для дітей, які проживають у відділених населених пунктах незалежно від пори року.

Національна служба здоров'я України. Віднесення стоматологічної допомоги дітям, в тому числі профілактичної, тією, що гарантується державою та забезпечити її фінансування в необхідному обсязі.

Однією із важливих задач практично для всіх учасників процесу є формування прихильності та здатності дітей до збереження особистого стоматологічного здоров'я.

Нововведенням в наших пропозиціях є наступне: залучення до даного процесу системи громадського здоров'я, системи торгівлі, об'єднаних територіальних громад та сімейних лікарів і сімейних медичних сестер з визначенням для кожного учасника специфічних функцій. Крім того, в умовах реформування системи охорони здоров'я в державі Національна служба здоров'я України повинна визнати комплексну стоматологічну допомогу дітям такою, що гарантується державою..

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням стану стоматологічного здоров'я дитячого населення яке переселилося в населенні пункти гірської географічної зони регіону в наслідок війни з росією. Окремого дослідження потребує вивчення стану стоматологічного здоров'я та отримання стоматологічної допомоги дітьми, які позбавлені батьківської опіки та проживають в дитячих закладах.

Висновки

Комплексне застосування запропонованих заходів дозволить забезпечити збереження стоматологічного здоров'я у дітей, які проживають у гірській географічній зоні.

Література

1. Бауман С.С., Турчина К.В., Мосієнко А.С., Падалка А.І., Шешукова О.В. Порівняльна оцінка ураженості карієсом зубів дітей м. Полтави. Вісник проблем біології та медицини. 2017. 3. С. 165-167.
2. Безвужко Е.В., Чухрай Н.Л., Гутор Т.Г. Взаємозв'язок карієсу зубів, захворювань тканин пародонта та зубощелепних аномалій у дітей шкільного віку Львівської області. Практична медицина. 2010. 1. С. 35-40.
3. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе, 2018 г.: Больше, чем просто цифры: фактические данные для всех [Електронний ресурс]. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2019. Режим доступа <http://www.euro.who.int/ru/data-and-evidence/european-health-report/european-health-report-2018/european-healthreport-2018.-more-than-numbers-evidence-for-all-2018/report-by-chapters>.
4. Керецман А.О., Пішковці А.-М.М. Профілактика онкологічних захворювань слизової оболонки порожнини рота: сучасні реалії та перспективи| Україна. Здоров'я нації. 2019. № 2 (55). 64-68.

5. Клітинська О.В., Мочалов Ю.О., Пупена Н.В. Особливості стоматологічного статусу дітей із хронічною гастродуоденальною патологією (огляд літератури). Проблеми клінічної педіатрії. 2014. 1. С. 53 – 59.
6. Миронюк І.С., Слабкий Г.О., Шафранський В.В., Білак-Лук'янчук В.Й. Територіальні громади як базовий рівень забезпечення зміцнення та збереження здоров'я населення. Україна. Здоров'я нації. 2021. 4. С. 57-62.
7. Мочалов Ю.О., Розлуцька Г.М. Порівняльна характеристика рівня знань щодо гігієни порожнини рота у різних вікових груп у м. Ужгород: соціологічне дослідження. Проблеми клінічної педіатрії. 2016. 3 – 4. С. 59 – 66.
8. Пішковці А.-М.М., Палко А.І., Рогач І.М. Наукове обґрунтування нових підходів до первинної, вторинної та третинної профілактики стоматологічних захворювань населення Закарпатської області. Україна. Здоров'я нації. 2020. 3 (60). С. 96-100.
9. Пішковці А.-М.М. Характеристика детермінант формування стоматологічного здоров'я дитячого населення гірської географічної зони Закарпаття. Збірник матеріалів 75-ї підсумкової науково-практичної конференції професорсько-викладацького складу медичного факультету №2 ДВНЗ «Ужгородський національний університет». 22-26 лютого 2021 р. м. Ужгород. С. 10-13.
10. Пішковці А.-М.М. Результати соціологічного опитування батьків щодо збереження стоматологічного здоров'я дітей. Україна. Здоров'я нації. 2020. 3/1. С. 23-28.
11. Рогач І.М., Данко Д.В. Характеристика територіальної доступності сільському населенню гірської та передгірської зон проживання первинної та долікарської медичної допомоги. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2019. 4(82). С. 30-35.
12. Рогач І.М., Данко Д.В. Результати дослідження серед пацієнтів закладів охорони здоров'я гірської зони щодо їх оцінки доступності та якості спеціалізованої медичної допомоги. Україна. Здоров'я нації. 2021. 4. С. 23-27.
13. Скульська С.В., Надугий К.О., Маланчук В.О., Мазур І.П., Вахненко О.М. «Стоматологічне здоров'я – розкіш? До питання оптимізації системи стоматологічної допомоги в Україні». Медична газета «Здоров'я України 21 сторіччя» № 22 (443), листопад 2018 року.
14. Смоляр Н.І., Чухрай Н.Л. Оцінка визначення ступеня активності карієсу зубів у дітей шкільного віку як одного з показників санації. Вісник стоматології. 2012. 4. С. 97-100.
15. Стоматологическое обследование. Основные методы. Пятое издание. Всемирная организация здравоохранения, 2013. 70 с.

References

1. Bauman S.S., Turchina K.V., Mosiienko A.S., Padalka A.I., Sheshukova O.V. Porivnialna otsinka urazhenosti kariiesom zubiv ditei m. Poltavu. Visnyk problem biolohii ta medytsyny. 2017. 3. S. 165-167.
2. Bezvushko E.V., Chukhrai N.L., Hutor T.H. Vzaiemozviazok kariiesu zubiv, zakhvoriuvan tkanyn parodonta ta zuboshchelepnykh anomalii u ditei shkilnoho viku Lvivskoi oblasti. Praktychna medytsyna. 2010. 1. S. 35-40.
3. Doklad o sostoyanii zdavoohraneniya v Evrope, 2018 g.: Bolshe, chem prosto cifry: fakticheskie dannye dlya vseh [Elektronnyj resurs]. Kopenhagen: Evropejskoe regionalnoe byuro VOZ, 2019. Rezhim dostupu <http://www.euro.who.int/ru/data-and-evidence/european-health-report/european-health-report-2018/european-healthreport-2018.-more-than-numbers-evidence-for-all-2018/report-by-chapters>.
4. Keretsman A.O., Pishkovtsi A.-M.M. Profilaktyka onkolohichnykh zakhvoriuvan slyzovoi obolonky porozhnyny rota: suchasni realii ta perspektyvy| Ukraina. Zdorovia natsii. 2019. № 2 (55). 64-68.
5. Klitynska O.V., Mochalov Yu.O., Pupena N.V. Osoblyvosti stomatolohichnoho statusu ditei iz khronichnoiu hastroduodenalnoiu patolohiieiu (ohliad literatury). Problemy klinichnoi pediatrii. 2014. 1. S. 53 – 59.
6. Myroniuk I.S., Slabkyi H.O., Shafranskiy V.V., Bilak-Lukianchuk V.I. Terytorialni hromady yak bazovyi riven zabezpechennia zmitsnennia ta zberezhenia zdorovia naseleennia. Ukraina. Zdorovia natsii. 2021. 4. S. 57-62.
7. Mochalov Yu.O., Rozlutska H.M. Porivnialna kharakterystyka rivnia znan shchodo hihiieny porozhnyny rota u riznykh vikovykh hrup u m. Uzhhorod: sotsiolohichne doslidzhennia. Problemy klinichnoi pediatrii. 2016. 3 – 4. S. 59 – 66.
8. Pishkovtsi A.-M.M., Palko A.I., Rohach I.M. Naukove obhruntuvannia novykh pidkhodiv do pervynnoi, vtorynnoi ta tretynnoi profilaktyky stomatolohichnykh zakhvoriuvan naseleennia Zakarpatskoi oblasti. Ukraina. Zdorovia natsii. 2020. 3 (60). S. 96-100.
9. Pishkovtsi A.-M.M. Kharakterystyka determinant formuvannia stomatolohichnoho zdorovia dytiachoho naseleennia hirs'koi heohrafichnoi zony Zakarpattia. Zbirnyk materialiv 75-yi pidsumkovoї naukovo-praktychnoi konferentsii profesorsko-vykladatskoho skladu medychnoho fakultetu №2 DVNZ «Uzhhorodskiy natsionalnyi universytet». 22-26 liutoho 2021 r. m. Uzhhorod. S. 10-13.
10. Pishkovtsi A.-M.M. Rezultaty sotsiolohichnoho opytuvannia batkiv shchodo zberezhenia stomatolohichnoho zdorovia ditei. Ukraina. Zdorovia natsii. 2020. 3/1. S. 23-28.
11. Rohach I.M., Danko D.V. Kharakterystyka terytorialnoi dostupnosti silskomu naseleenniu hirs'koi ta peredhirs'koi zon prozhyvannia pervynnoi ta dolikarskoi medychnoi dopomohy. Visnyk sotsialnoi hihiieny ta orhanizatsii okhorony zdorovia Ukrainy. 2019. 4(82). S. 30-35.

12. Rohach I.M., Danko D.V. Rezultaty doslidzhennia sered patsientiv zakladiv okhorony zdorovia hirskoi zony shchodo yikh otsinky dostupnosti ta yakosti spetsializovanoi medychnoi dopomohy. Ukraina. Zdorovia natsii. 2021. 4. S. 23-27.
13. Skulska S.V., Nadutyi K.O., Malanchuk V.O., Mazur I.P., Vakhnenko O.M. «Stomatolohichne zdorovia – rozkish? Do pytannia optymizatsii systemy stomatolohichnoi dopomohy v Ukraini». Medychna hazeta «Zdorovia Ukrainy 21 storichchia» № 22 (443), lystopad 2018 roku.
14. Smoliar N.I., Chukhrai N.L. Otsinka vyznachennia stupenia aktyvnosti kariiesu zubiv u ditei shkilnoho viku yak odnoho z pokaznykiv sanatsii. Visnyk stomatolohii. 2012. 4. S. 97-100.
15. Stomatologicheskoe obsledovanie. Osnovnye metody. Pyatoe izdanie. Vsemirnaya organizaciya zdavoohraneniya, 2013. 70 s.

Дата надходження рукопису до редакції: 24.12.2021 р.

Мета: запропонувати концептуальні підходи до забезпечення збереження стоматологічного здоров'я дитячого населення гірської географічної зони проживання.

Матеріали та методи. Методи: бібліосемантичний, контент – аналізу, описового моделювання, структурно-логічного аналізу. Матеріали: дані наукової літератури, законодавчі акти із адміністративно-територіальної реформи та реформування системи охорони здоров'я України.

Результати. Обгрунтовані та запропоновані підходи до збереження стоматологічного здоров'я дітей, які проживають в гірській географічній зоні базуються на особливостях умов проживання та низькому рівні доступності до стоматологічних послуг. Вони носять комплексний міжсекторальний характер і включають задачі для сім'ї, системи громадського здоров'я та системи охорони здоров'я, а також задачі для територіальної громади.

Висновки. Комплексне застосування запропонованих заходів дозволить забезпечити збереження стоматологічного здоров'я у дітей, які проживають у гірській географічній зоні.

Ключові слова: гірська географічна зона, діти, стоматологічне здоров'я, збереження.

Objective: to offer conceptual approaches to ensuring the preservation of dental health of children in mountainous geographical areas.

Materials and methods. Methods: bibliosemantic, content analysis, descriptive modeling, structural-logical analysis. Materials: data of scientific literature, legislative acts on administrative-territorial reform and reform of the health care system of Ukraine.

Results. Sound and proposed approaches to maintaining the dental health of children living in mountainous geographical areas are based on special living conditions and low level of access to dental services. They are cross-sectoral in nature and include tasks for the family, the public health system and the health care system, as well as tasks for the local community.

Conclusions. The integrated application of the proposed measures will ensure the preservation of dental health in children living in the mountainous geographical area.

Key words: mountainous geographical area, children, dental health, preservation.

Відомості про автора

Пішковці Анна-Марія Михайлівна – аспірант кафедри наук про здоров'я факультету здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна. annamariaremez@gmail.com.

Керецман А.О.

Основні фактори впливу на професійну мотивацію лікарів у Закарпатській області

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

Keretsman A.O.

The main factors influencing the professional motivation of doctors in the Transcarpathian region

SU "Uzhhorod national university",
Uzhhorod, Ukraine

angelika.keretsman@uzhnu.edu.ua

Вступ

Серед усіх ресурсів закладів охорони здоров'я найціннішим для якості медичної допомоги ВООЗ визнає кадрове забезпечення [1]. Як наголошено в доповіді Генерального директора Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я, саме лікарі відіграють одну з найважливіших ролей в прискоренні прогресу по досягненню Цілі 3 в області сталого розвитку «Забезпечення здорового способу життя і сприяння благополуччю для всіх улюбому віці» [2]. Водночас, кадри та система управління ними є однією з основних причин негативних ризиків для якості надання медичної допомоги. Адже, ефективне функціонування систем охорони здоров'я та відповідне реагування з їх боку на нові виклики сучасності залежить від достатньої кількості медичних працівників, які належно підготовлені для роботи в місцях з найбільшою потребою в лікарях [3]. Поряд із цим, представники більш ніж 70 країн світу, що брали участь у найбільшому форумі світового масштабу, присвяченого медичним кадрам і глобальній охороні здоров'я, визнають подальше поглиблення кадрової медичної кризи. Так, за даними, оприлюдненими на форумі, до 2030 року прогнозується нестача працівників сфери охорони здоров'я на рівні до 18 мільйонів осіб [4]. Кадрова криза не оминула й Україну. На нестачі медичних кадрів в Україні наголошується в сучасних наукових роботах українських науковців [5].

Таким чином, наростаючий дефіцит медичних кадрів у світі та Україні актуалізує проблему вивчення причин кадрових ризиків. Зокрема, оцінка факторів, які впливають на утримання і залучення медичних кадрів було б неможливим без вивчення та оцінки внутрішнього провідника в обличчі професійної мотивації.

Мета роботи: оцінити фактори, які впливають на професійну мотивацію лікарів на регіональному рівні.

Матеріали та методи

Об'єктом дослідження виступили практикуючі лікарі різного фаху в Закарпатській області. Методом анкетування, проведеного у 2021 р., здійснено аналіз щодо

визначення основних факторів впливу на їх професійну мотивацію.

На основі шкали Лайкерта нами була розроблена анкета оцінки рівня професійної вмотивованості лікарів. Анкета включає 12 питань, на кожне з яких можливі три варіанти відповіді, що оцінюються від 1 до 3 балів за значимістю/валідністю, а їх сума визначає рівень вмотивованості (30-36 – високий, 24-29 – середній, 16-23 – низький, менше 15 – дуже низький). Аналіз результатів здійснено на основі анкетування 430 лікарів різних спеціальностей у віковому діапазоні від 26-ти до 64-х років. Обробка даних здійснювалася за допомогою програми Microsoft Office Excel 2016.

Результати дослідження та їх обговорення

На якість надання медичної допомоги впливає значна кількість факторів. Основним і одним із ключових є людський фактор – професіоналізм та ентузіазм лікарів. Цей вклад у високий рівень медичного обслуговування населення можна поставити на один рівень із технічним забезпеченням закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) у відповідності до сучасних стандартів якості. Саме тому наше дослідження було присвячене оцінці професійної мотивації лікарів на регіональному рівні, що може послужити додатковим фактором впливу на її формування.

Так, в анкетуванні прийняли участь 430 практикуючих лікарів різних спеціальностей віком 26–64 роки. Статевий розподіл респондентів був практично рівномірним і становив 53,5% (230 осіб) лікарів-чоловіків та 46,5% (200 осіб) лікарів-жінок. Серед усіх опитаних у державних ЗОЗ працювали 65% (279) респондентів, а виключно у приватних 35% (151) відповідно. Випадки поєднання провадження лікарської практики одночасно в державних і приватних медичних закладах ми не розглядали з метою збільшення інформативності і репрезентативності статистичної сукупності нашого дослідження. Поряд із цим, ми розглядали такий аспект, як місцевість, у якій працюють лікарі: 70% (301) працевлаштовані у містах Закарпатської області, 30% (129) у сільській місцевості.

Розподіл опитаних за лікарськими спеціальностями виявився наступним: сімейні лікарі – 253 респондента, лікарі-хірурги – 76, травматологи – 14, кардіологи – 4, гастроентерологи – 3, реаніматологи – 2, акушер-гінекологи – 63, ендокринологи – 3, педіатри – 12.

Таким чином, 58,8% проанкетованих надають первинну медичну допомогу, 41,2% лікарів – спеціалізовану та високоспеціалізовану медичну допомогу відповідно. Тобто, розподіл респондентів за видами медичної допомоги в залежності від складності її надання також був майже рівномірним серед опитаних.

Дослідження рівня професійної мотивації опитаних лікарів вказує на те, що кожний сьомий з опитаних абсолютно не є вмотивованим до провадження своєї діяльності – 14% ($\pm 1,7$), а в кожного четвертого респондента відмічається низький рівень професійної вмотивованості – 23,3% ($\pm 2,0$) (рис.). За результатами опитування тільки 21% ($\pm 1,9$) лікарів мають високий рівень професійної мотивації та 41,7% ($\pm 2,4$) – середній рівень відповідно.

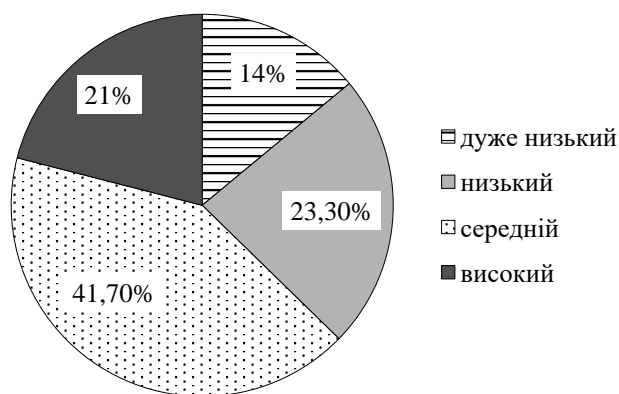


Рис. Рівень професійної вмотивованості практикуючих лікарів у Закарпатській області за 2021 рік

Високий рівень професійної мотивації значно вищий у лікарів, що працюють у містах. У порівнянні з відповідною часткою лікарів з високою вмотивованістю до медичної практики у сільській місцевості різниця становить майже 3 рази. Так, частка лікарів із високим рівнем професійної мотивації в містах становить 37,2% (48), натомість в сільській місцевості тільки 13,3% (17) серед опитаних лікарів. Водночас, як у містах, так і в селах майже третина респондентів відмічає низьку (10% у містах та 13,3% у сільській місцевості) та дуже низьку мотивацію до медичної практики (5,7% у містах та 8,3% у сільській місцевості).

Найвищий рівень професійної мотивації встановлено серед опитаних віком до 35 років (71,4%), дуже низький рівень професійної мотивації виявлено серед респондентів 45-50 років (84,3%). Низький рівень вмотивованості серед лікарів характерний для вікової групи респондентів 50-65 років, середній рівень професійної мотивації – для респондентів від 35 до

45 років. Водночас, при розгляді отриманих даних з огляду на місцевість Закарпатської області, в якій працюють лікарі, дані значно відрізняються. Так, для лікарів, що працюють в містах нашої області високі рівні професійної мотивації характерні також для вікової групи до 35 років і 55-60 років, середній рівень – для віку 35-45 років, низький і дуже низький – для віку 60-65 років і 45-50 років відповідно. Натомість у сільській місцевості, частка лікарів з низькою та дуже низькою мотивацією до медичної діяльності характерна для віку до 35 років та 35-45 років, з середньою вмотивованістю – для віку 45-50 років і 60-65 років, частка лікарів з високою професійною мотивацією є найбільшою серед опитаних у віці 50-55 років.

Аналіз відповідей щодо визначення основних факторів впливу на професійну мотивацію лікарів різних спеціальностей виявив наступне: 81,4% ($\pm 1,9$) опитаних лікарів вважають нестабільну економічну ситуацію в країні основним фактором, який спонукає до зміни професії або виїзду за кордон. 32,5% ($\pm 2,3$) респондентів вважають, що рівень знань, які вони отримали у вищому навчальному закладі не відповідають світовим стандартам і вимогам, які передбачені міжнародним науковим товариством. Більше половини опитаних 65,1% ($\pm 2,3$) вказують на зневіру суспільства до роботи лікаря і недооцінку суспільством медичної діяльності як одного з факторів, що підриває віру лікарів у доцільність продовження своєї професійної діяльності. Також, більше половини опитаних 55,8% ($\pm 2,4$) вважають наявну епідемічну ситуацію вагомим ризиком, що значно зменшує привабливість лікарської справи. Водночас, ці респонденти переконані, що в майбутньому частка лікарів, на яких впливає рівень і ризик поширення COVID-19, тільки зростатиме.

Поряд із цим, переважна більшість респондентів (98,7% $\pm 0,5$) погоджуються з тим, що перспектив для провадження лікарської практики за кордоном значно більше. Така ситуація є вкрай негативною з огляду на можливість втрати таких спеціалістів, які потенційно готові покинути країну заради кращих умов праці.

Отримані результати дослідження свідчать про різну значимість факторів впливу на формування високої професійної мотивації у лікарів Закарпатської області. Різні рейтингові місця виявлених факторів, в сою чергу, залежать від багатьох супутніх чинників, таких як вік респондентів, місце роботи в місті чи селі, навчальний заклад, в якому проходило навчання медичній справі, що потребує більш глибокого вивчення з метою наукового обґрунтування шляхів і засобів для усунення і зменшення відтоку підготовлених медичних кадрів за кордон.

Спираючись на отримані результати опитування слід наголосити, що при розробці заходів з утримання і залучення медичних кадрів необхідно врахувати регіональні особливості нашої області. Адже, геополітичні та демографічні особливості Закарпатської області на нашу думку можуть служити додатковим чинником, що сприяє міграції наших лікарів у сусідні країни.

Перспективи подальших досліджень

Враховуючи отримані результати опитування лікарів різних спеціальностей у Закарпатській області, в подальшому доцільним вважаємо вивчити особливості впливу різних факторів на професійну мотивацію лікарів у залежності від місцевості, в якій вони працюють, із врахуванням лікарської спеціалізації та віку респондентів, типу закладу, в якому працюють спеціалісти та регіонального аспекту. Такий підхід сприятиме науково обґрунтованому пошуку заходів, направлених на утримання і залучення медичних кадрів.

Висновки

1. Кадрова криза медичних працівників зберігає свою актуальність у сучасному світі і за прогнозами експертів у майбутньому тільки поглиблюватиметься та

може сягнути до 2030 року нестачею працівників сфери охорони здоров'я до 18 мільйонів осіб.

2. Аналіз результатів опитування лікарів різних спеціальностей у Закарпатській області виявив значні рівні низької (23,3% ($\pm 2,0$)) та дуже низької (14% ($\pm 1,7$)) професійної мотивації серед респондентів у віці 45–50 років, зокрема із сільської місцевості (8,3% та 13,3% відповідно) увіці до 45 років.

3. На рівень професійної мотивації серед опитаних найбільшим виявився вплив нестабільності економіки в Україні, недооцінка суспільством лікарської діяльності та негативна епідситуація внаслідок COVID-19 пандемії.

4. Виявлені особливості розподілу значимості впливу різних факторів на професійну мотивацію лікарів різних спеціальностей потребують подальшого більш глибокого вивчення, що сприятиме науково обґрунтованій розробці заходів, направлених на утримання і залучення медичних кадрів.

Література

1. Проект Тринадцатой общей программы работы Всемирной организации здравоохранения на 2019–2023 гг. URL: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA71/A71_4-ru.pdf.
2. Документ A72/24 Семьдесят второй сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения. Пункт 12.3 предварительной повестки дня на 25 марта 2019 г. URL: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_24-ru.pdf.
3. Five-year action plan for health employment and inclusive economic growth (2017–2021). Geneva: World Health Organization; 2018. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272941/9789241514149-eng.pdf>.
4. Дублинская декларация по трудовым ресурсам здравоохранения: развитие кадров для здравоохранения будущего (Четвертый глобальный форум по кадровым ресурсам здравоохранения. – Дублин, Ирландия. – 13-17 ноября 2017 г.). – 9 стр. URL: <https://www.who.int/hrh/news/2017/DublinDeclRussian.pdf>.
5. Богдан Д., Бойко А., Василькова А. та ін. Кадрові ресурси системи охорони здоров'я в Україні. Ситуаційний аналіз. Проект USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я». Київ, 2019. 133 с. URL: <https://www.skeptic.in.ua/wp-content/uploads/HRH-situational-analysis-2019.pdf>.

References

1. Proekt Trynadsatoy obshchei prohrammy raboty Vsemirnoy orhanyzatsyy zdravookhraneniya na 2019–2023 hh. URL: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA71/A71_4-ru.pdf [in Russian].
2. Dokument A72/24 Semdesiat vtoroi sessyy Vsemirnoy assambley zdravookhraneniya. Punkt 12.3 predvartel'noy povestky dnia na 25 marta 2019 h. URL: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_24-ru.pdf [in Russian].
3. Five-year action plan for health employment and inclusive economic growth (2017–2021). Geneva: World Health Organization; 2018. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272941/9789241514149-eng.pdf>.
4. Dublynskaia deklaratsiya po trudovim resursam zdravookhraneniya: razvytye kadrov dlia zdravookhraneniya budushcheho (Chetvertiy hlobalniy forum po kadrovim resursam zdravookhraneniya. – Dablyn, Irlandiya. – 13-17 noiabria, 2017.). – 9 s. URL: <https://www.who.int/hrh/news/2017/DublinDeclRussian.pdf>. [in Russian].
5. Bohdan D., Boiko A., Vasylova A. ta in. Kadrovi resursy systemy okhorony zdorovia v Ukraini. Sytuatsiyniy analiz. Proekt USAID «Pidtrymka reformy okhorony zdorovia». Kyiv, 2019. 133 s. URL: <https://www.skeptic.in.ua/wp-content/uploads/HRH-situational-analysis-2019.pdf>. [in Ukrainian].

Дата надходження рукопису до редакції: 28.02.2022 р.

Мета: оцінити фактори, які впливають на професійну мотивацію лікарів на регіональному рівні.

Матеріали та методи. Методом анкетування вивчено вплив різних факторів на професійну мотивацію лікарів різних спеціальностей у Закарпатській області. Власні анкети розроблено на основі шкали Лайкерта.

Результати. На основі опитування 430 лікарів різних спеціальностей виявлено, що тільки 21% ($\pm 1,9$) респондентів мають високий рівень професійної мотивації, зокрема серед лікарів, що працюють у містах (37,2%) віком до 35 років (71,4%). 14% ($\pm 1,7$) опитаних є абсолютно не мотивованими до лікарської практики, у 23,3% ($\pm 2,0$)

відмічається низький рівень професійної вмотивованості, зокрема серед респондентів 45-50 років (84,3%). Найнижчі рівні професійної мотивації виявлено серед лікарів сільської місцевості (23,6%) у віці до 45 років. Основними факторами впливу на її формування виявились: нестабільна економічна ситуацією в країні (81,4% ($\pm 1,9$)), недостатній рівень знань (32,5% ($\pm 2,3$)), недооцінка суспільством медичної діяльності (65,1% ($\pm 2,3$)), наявна пандемія COVID-19 (55,8% $\pm 2,4$).

Висновки. Виявлено значні рівні низької професійної мотивації серед лікарів Закарпатської області у віці 45–50 років, зокрема із сільської місцевості (у віці до 45 років). Найбільшим на її формування виявився вплив нестабільності економіки в Україні, недооцінка суспільством лікарської діяльності та наявна COVID-19 пандемія, що необхідно враховувати при розробці заходів з утримання і залучення медичних кадрів.

Ключові слова: професійна мотивація, лікарі, фактори впливу, Закарпатська область.

Objective: to assess the factors that affect the professional motivation of doctors at the regional level.

Materials and methods. The method of questionnaires studied the influence of various factors on the professional motivation of doctors of different specialties in the Transcarpathian region. Own questionnaires are based on the Likert scale.

Results. Based on a survey of 430 doctors of various specialties, it was found that only 21.0% (± 1.9) of respondents have a high level of professional motivation, in particular among doctors working in cities (37.2%) under the age of 35 (71.4%). 14% (± 1.7) of respondents are completely unmotivated to practice medicine, 23.3% (± 2.0) have a low level of professional motivation, in particular among respondents aged 45-50 (84.3%). The lowest levels of professional motivation were found among rural doctors (23.6%) under the age of 45. The main factors influencing its formation were: unstable economic situation in the country (81.4% (± 1.9)), insufficient level of knowledge (32.5% (± 2.3)), society's underestimation of medical activity (65.1% ± 2.3), there is a pandemic COVID-19 (55.8% ± 2.4).

Conclusions. Significant levels of low professional motivation were identified among doctors in the Transcarpathian region aged 45-50, in particular from rural areas (under 45). The biggest impact on its formation was the impact of economic instability in Ukraine, society's underestimation of medical activity and the existing COVID-19 pandemic, which must be taken into account when developing measures to retain and attract medical personnel.

Key words: professional motivation, doctors, factors of influence, Transcarpathian region.

Відомості про автора

Керетман А.О. – кандидат медичних, доцент, доцент кафедри соціальної медицини та гігієни медичного факультету ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; 88000, м. Ужгород, пл. Народна 1.
+380 (50) 30-92-27, angelika.keretsman@uzhnu.edu.ua, ORCID ID 0000-0002-8902-2227.

Слабкий Г.О.

Роль сімейної медичної сестри у формуванні у населення здорового способу життя

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

Slabkiy G.O.

The role of a family nurse in the formation of a healthy lifestyle in the population

Uzhhorod National University,
Uzhhorod, Ukraine

g.slabkiy@ukr.net

Вступ

В ході реформування галузі охорони здоров'я в Україні створена система первинної медичної допомоги на засадах загальної лікарської практики-сімейної медицини [5–8], яка є місцем першого контакту населення із системою охорони здоров'я [2,3,10]. Систему первинної медичної допомоги представляють лікарі загальної практики-сімейні лікарі та сімейні медичні сестри [6]. При цьому необхідно відмітити, що однією із основних задач, які стоять перед системою первинної допомоги є профілактика захворювань та ефективна робота із збереження та зміцнення здоров'я населення [1,4,9,11,13]. Загально відомо, що основою профілактики захворювань та збереження та зміцнення здоров'я населення є здоровий спосіб життя [12]. При цьому необхідно відмітити, що за даними багатьох дослідників населення країни в своїй більшості не веде здоровий спосіб життя [14].

Мета дослідження: дослідити роль сімейної медичної сестри у формуванні у населення здорового способу життя.

Матеріали та методи

Методи: бібліосемантичний, структурно-логічного аналізу, соціологічний, статистичний. Матеріали: результати соціологічного дослідженням яким охоплено 120 сімейних лікарів та 140 сімейних медичних сестер. Дослідження проводилося з використанням спеціально розробленої анкети. В ході дослідження збережено конфіденційність інформації про респондентів. Участь у дослідженні була добровільною. Статистичне опрацювання результатів опитування проводилося з використанням загальноприйнятих методів медичної статистики.

Результати дослідження та їх обговорення

На початку дослідження було отримано та проаналізовано дані дослідження щодо необхідності проведення сімейною медичною сестрою роботи з формування у населення здорового способу життя (табл. 1).

Таблиця 1. Загальна оцінка необхідності проведення сімейною медичною сестрою роботи з формування у населення здорового способу життя

Рівень оцінки	Сімейні лікарі		Сімейні медичні сестри	
	абс.	%	абс.	%
Має проводити	105	87,5	109	77,9
Не має проводити	12	10,0	23	16,4
Не визначився	3	2,5	8	5,7

Аналіз наведених в табл. 1 даних вказує на те, що 87,5% опитаних сімейних лікарів та 77,9% опитаних сімейних медичних сестер вважають, що сімейні медичні сестри повинні проводити роботу з формування у населення здорового способу життя. При цьому 2,5% опитаних лікарів та 5,7% опитаних медичних сестер в своєму рішенні не визначилися.

Далі було визначено основні форми і методи діяльності сімейної медичної сестри з формування у населення здорового способу життя. Аналізувалися

відповіді респондентів які позитивно відповіли на перше питання. Отримані результати наведено в табл. 2.

Аналіз наведених в табл. 2 даних вказує на те, що всі респонденти вказали на необхідність використання сімейними медичними сестрами для проведення серед населення діяльності з формування здорового способу життя різних форм комунікативного впливу в залежності від ситуації та використання для даної діяльності всіх можливих ситуацій. Крім цього більшість лікарів підтримали проведення роботи на рівні сім'ї (92,4%) під

час проведення профілактичних заходів (69,5%). Опитані сімейні медичні сестри також вважають основним об'єктом впливу сім'ю (88,1%) з проведенням вказаної роботи в спеціально виділений час (58,7%).

Наступним кроком дослідження було встановлення необхідних компетенцій якими має володіти сімейна медична сестра для ефективної діяльності із формування у населення здорового способу життя. Отримані результати наведено в табл. 3.

Таблиця 2. **Форми і методи діяльності сімейної медичної сестри з формування у населення здорового способу життя**

Форми і методи діяльності	Сімейні лікарі		Сімейні медичні сестри	
	абс.	%	абс.	%
Індивідуальна робота	93	88,6	86	78,9
Групова робота	58	55,2	64	58,7
Робота на рівні сім'ї	97	92,4	96	88,1
Використання різних форм діяльності в залежності від ситуації	105	100,0	109	100,0
Проведення роботи під час звернення населення за медичною допомогою	29	27,6	41	37,6
Проведення роботи під час проведення профілактичних заходів	73	69,5	59	54,1
Проведення роботи в спеціально виділений час	68	64,8	64	58,7
Використання всіх можливих ситуацій	105	100,0	109	100,0

Таблиця 3. **Необхідні компетенції сімейної медичної сестри для діяльності із формування у населення здорового способу життя**

Компетенції	Сімейні лікарі		Сімейні медичні сестри	
	абс.	%	абс.	%
Здатність до абстрактного мислення, аналізу та синтезу	78	74,3	65	59,6
Здатність до формування у населення прихильності до здорового способу життя	105	100,0	109	100,0
Здатність до використання інформаційних і комунікаційних технологій	103	98,1	102	93,6
Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях	103	98,1	97	88,9
Здатність до пошуку, оброблення та аналізу інформації з різних джерел	100	95,2	93	85,3
Здатність спілкуватися з представниками груп різного рівня	93	88,6	89	81,7
Здатність діяти на основі етичних міркувань	91	86,7	95	87,2
Здатність проводити індивідуальні консультації з основ здорового способу життя	105	100,0	109	100,0
Здатність проводити групові комунікації з основ здорового способу життя	105	100,0	109	100,0
Здатність проводити комунікації з основ здорового способу життя на рівні сімей	105	100,0	109	100,0
Здатність організувати заходи з нагляду за станом здоров'я населення	105	100,0	109	100,0
Здатність здійснювати адвокацію, комунікацію та соціальну мобілізацію у сфері громадського здоров'я з метою збереження і зміцнення здоров'я та благополуччя населення	74	70,5	64	58,7

Аналіз наведених в табл. 3 даних вказує на те, що всі респонденти вказали на те, що сімейні медичні сестри мають володіти наступними компетенціями: здатність до формування у населення прихильності до здорового способу життя, здатність проводити індивідуальні

консультації з основ здорового способу життя, здатність проводити групові комунікації з основ здорового способу життя, здатність проводити комунікації з основ здорового способу життя на рівні сімей, здатність організувати заходи з нагляду за станом здоров'я населення.

Найнижчий рівень підтримки респондентами отримала необхідність володіння сімейними медичними сестрами такими компетенціями як здатність до абстрактного мислення, аналізу та синтезу і здатність здійснювати адвокацію, комунікацію та соціальну мобілізацію у сфері громадського здоров'я з метою збереження і зміцнення здоров'я та благополуччя населення.

Далі вивчалось питання щодо оптимальних шляхів набуття медичними сестрами необхідними компетенціями. Респондентам було запропоновано виділити до трьох найважливіших шляхів набуття необхідних для ефективної діяльності компетенцій. Отримані результати наведено в табл. 4.

Аналіз наведених в табл. 4 даних вказує на те, що респонденти підтримують можливість набуття сімейними медичними сестрами необхідних компетенцій як на до дипломному так і післядипломному рівні освіти. На думку як сімейних лікарів так і сімейних медичних сестер найбільш ефективними на післядипломному рівні освіти мають бути: спеціальні тренінги – відповідно 80,0% та 88,1% і курси тематичного удосконалення – відповідно 75,2% та 77,1%. найнижчий рівень підтримки отримали спеціальна методична література – відповідно 11,4% та 7,3% і стажування на робочому місці – відповідно 8,6% та 11,0%.

Таблиця 4. Шляхи набуття компетенцій сімейними медичними сестрами для діяльності із формування у населення здорового способу життя

Шляхи набуття компетенцій	Сімейні лікарі		Сімейні медичні сестри	
	абс.	%	абс.	%
Під час навчання на до дипломному рівні	81	77,1	73	66,9
На післядипломному рівні				
Курси спеціалізації	59	56,2	63	57,8
Курси підвищення кваліфікації	61	58,1	79	72,5
Курси тематичного удосконалення	79	75,2	84	77,1
Спеціальні тренінги	84	80,0	96	88,1
Стажування на робочому місці	9	8,6	12	11,0
Спеціальна методична література	12	11,4	8	7,3
В ході професійної діяльності	31	29,5	47	43,1
Інше	5	4,8	7	6,4

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням ефективності діяльності сімейних медичних сестер з формування у населення здорового способу життя та прихильності до первинної та вторинної профілактики захворювань.

Висновки

За результатами дослідження визначено, що сімейні медичні сестри мають проводити серед на з використанням широкого спектру форм та методів. Для проведення ефективної діяльності сімейні медичні сестри повинні володіти певними компетенціями, якими мають оволодівати як на до дипломному так і післядипломному рівнях освіти.

Література

1. Знаменська М.А., Слабкий Г.О. Модель комунікацій сімейного лікаря із збереження здоров'я дітей шкільного віку. Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина. 2015. Том 5, №2 (16). С. 42-44.
2. Лехан В.М., Гойда Н.Г., Яценко Ю.Б., Матюха Л.Ф. Модель надання первинної медичної допомоги міському населенню (методичні рекомендації) // К., 2012. 18 с.
3. Матюха Л.Ф., Лехан В.М., Гойда Н.Г., Толстанов О.К., Кризина Н.П. та ін. Порядок організації надання медичної допомоги та забезпечення маршрутів пацієнта лікарем загальної практики-сімейним лікарем при різних клінічних станах та захворюваннях. К.: МОЗ, ДУ "УІСД", 2011. 43 с.
4. Березовська Є.О., Гончарова Г.М., Денисенко М.В. та ін. Методологія оцінки ефективності профілактичних медичних засобів в діяльності сімейного лікаря: методичні рекомендації. К., 2011. 40 с.
5. Винки Г. В. Буерма, Дионн С. Крингос. Оцінка структури та надання первинної медичної допомоги в Україні. К., 2010. 124 с.
6. Первинна медико-санітарна допомога/сімейна медицина. за ред. В. М. Князевича; МОЗ України. К., 2010. 404 с.

7. Аніщенко О. В., Моїсеєнко Р. О., Толстанов О. К. [та ін.]. Позитивний досвід реформування галузі охорони здоров'я регіонів. К., 2011. 149 с.
8. Бабінець Л.С., Базелевич А.Я., Бацюра Г.В. та інші. Розвиток первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини в Україні. До 20-річчя Української асоціації сімейної медицини. Бровари: АНФ ГРУП, 2018. 168 с.
9. Слабкий Г., Надутий К., Матюха Л. Типове положення про амбулаторію сімейної медицини. Практика управління медичним закладом. 2011. №7. С. 60–63.
10. Слабкий Г., Надутий К., Матюха Л. Типове положення про центр первинної медико-санітарної допомоги. Практика управління медичним закладом. 2011. №7. С. 50–53.
11. Слабкий Г.О., Знаменська М.А. Організація профілактичної роботи лікарями загальної практики-сімейними лікарями. Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник української медичної стоматологічної академії. 2015. Том 15, вип. 2(50). С.150-156.
12. Слабкий Г.О., Кризина Н.П. Первинна медико-санітарна допомога : стан розвитку. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2008. №3. С. 55-63.
13. Слабкий Г.О., Теряєва О.Г. Виховання здорової людини як засіб первинної профілактики захворювань. Медичні перспективи. 2001. №1. С. 21-24.
14. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я в Україні 2016 р. МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». К., 2017. 516 с.

References

1. Znamenska M.A., Slabkyi H.O. Model komunikatsii simeinoho likaria iz zberezhenia zdorovia ditei shkilnoho viku. Neonatolohiia, khirurgiia ta perynatalna medytsyna. 2015. Tom 5, №2 (16). S. 42-44.
2. Lekhan V.M., Hoida N.H., Yashchenko Yu.B., Matiukha L.F. Model nadannia pervynnoi medychnoi dopomohy miskomu naselenniu (metodychni rekomendatsii) // К., 2012. 18 s.
3. Matiukha L.F., Lekhan V.M., Hoida N.H., Tolstanov O.K., Kryzyna N.P. ta in. Poriadok orhanizatsii nadannia medychnoi dopomohy ta zabezpechennia marshrutiv patsiienta likarem zahalnoi praktyky-simeinym likarem pry riznykh klinichnykh stanakh ta zakhvoriuvanniakh. К.: MOZ, DU "UISD", 2011. 43 s.
4. Berezovska Ye .O., Honcharova H.M., Denysenko M.V. ta insh. Metodolohiia otsinky efektyvnosti profilaktychnykh medychnykh zasobiv v diialnosti simeinoho likaria: metodychni rekomendatsii. К., 2011. 40 s.
5. Vynky H. V. Buerma, Dyonn S. Krynhos. Otsinka struktury ta nadannia pervynnoi medychnoi dopomohy v Ukraini. К., 2010. 124 s.
6. Pervynna medyko-sanitarna dopomoha/simeina medytsyna. za red. V. M. Kniazevycha; MOZ Ukrainy. К., 2010. 404 s.
7. Anishchenko O. V., Moiseienko R. O., Tolstanov O. K. [ta in.]. Pozytyvnyi dosvid reformuvannia haluzi okhorony zdorovia rehioniv. К., 2011. 149 s.
8. Babinets L.S., Bazelevych A.Ia., Batsiura H.V. ta insh. Rozvytok pervynnoi medychnoi dopomohy na zasadakh simeinoy medytsyny v Ukraini. Do 20-richchia Ukrainskoi asotsiatsii simeinoy medytsyny. Brovary: ANF HRUP, 2018. 168 s.
9. Slabkyi H., Nadutyi K., Matiukha L. Typove polozhennia pro ambulatoriiu simeinoy medytsyny. Praktyka upravlinnia medychnym zakladom. 2011. №7. S. 60–63.
10. Slabkyi H., Nadutyi K., Matiukha L. Typove polozhennia pro tsentr pervynnoi medyko-sanitarnoi dopomohy. Praktyka upravlinnia medychnym zakladom. 2011. №7. S. 50–53.
11. Slabkyi H.O., Znamenska. M.A. Orhanizatsiia profilaktychnoi roboty likariamy zahalnoi praktyky-simeinymy likariamy. Aktualni problemy suchasnoi medytsyny: Visnyk ukrainiskoi medychnoi stomatolohichnoi akademii. 2015. Tom 15, vyp. 2(50). S.150-156
12. Slabkyi H.O., Kryzyna N.P. Pervynna medyko-sanitarna dopomoha : stan rozvytku. Visnyk sotsialnoi hihiieny ta orhanizatsii okhorony zdorovia Ukrainy. 2008. №3. S. 55-63.
13. Slabkyi H.O., Teriaieva O.H. Vykhovannia zdorovoi liudyny yak zasib pervynnoi profilaktyky zakhvoriuvan. Medychni perspektyvy. 2001. №1. S. 21-24.
14. Shchorichna dopovid pro stan zdorovia naselennia, sanitarno-epidemichnu sytuatsiiu ta rezultaty diialnosti systemy okhorony zdorovia v Ukraini 2016 r. MOZ Ukrainy, DU «UISD MOZ Ukrainy». К., 2017. 516 s.

Дата надходження рукопису до редакції: 14.01.2022 р.

Мета дослідження: дослідити роль сімейної медичної сестри у формуванні у населення здорового способу життя.

Матеріали та методи. Методи: бібліосемантичний, структурно-логічного аналізу, соціологічний, статистичний. Матеріали: результати соціологічного дослідженням яким охоплено 120 сімейних лікарів та 140 сімейних медичних

сестер. Статистичне опрацювання результатів опитування проводилося з використанням загальноприйнятих методів медичної статистики.

Результати. За результатами дослідження визначено, що сімейні медичні сестри мають проводити серед населення роботу з формування здорового способу життя з використанням широкого спектру форм та методів.

Для проведення ефективної діяльності сімейні медичні сестри повинні володіти певними компетенціями якими мають оволодівати як на до дипломному так і післядипломному рівнях освіти.

Висновки. Сімейні медичні сестри мають проводити роботу з формування у населення здорового способу життя. Для здійснення даної діяльності сімейні медичні сестри мають володіти певними компетенціями.

Ключові слова: сімейна медична сестра, населення, здоровий спосіб життя, формування.

Goal of research: to study the role of a family nurse in the formation of a healthy lifestyle in the population.

Materials and methods. Methods: bibliosemantic, of structural-logical analysis, sociological, statistical. Materials: results of sociological research covering 120 family doctors and 140 family nurses. Statistical processing of the survey results was carried out with the application of generally accepted methods of medical statistics.

Results. According to the results of the study, it was determined that family nurses should carry out work among the population on the formation of a healthy lifestyle using a wide range of forms and methods.

To carry out effective activities, family nurses should have certain competencies that must be mastered both at the diploma and postgraduate levels of education.

Conclusions. Family nurses should carry out work on the formation of a healthy lifestyle in the population. To carry out this activity, family nurses must have certain competencies.

Key words: family nurse, population, healthy lifestyle, formation.

Відомості про автора

Слабкий Геннадій Олексійович – д.мед.н., проф., завідувач кафедри наук про здоров'я факультету здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.
g.slabkiy@ukr.net.

DOI 10.24144/2077-6594.1.1.2022.254647
УДК 615.8:616.3:616.711-001.36

Філак Я.Ф., Філак Ф.Г.

**Санаторна реабілітація хворих
з патологією травної системи
та остеохондрозом хребта
ускладненого протрузіями**ДВНЗ «Ужгородський національний університет»,
м. Ужгород, Україна

Filak J.F., Filak F.G.

**Sanatorium rehabilitation
of patients with digestive system
pathology and spine osteochondrosis
complicated with protrusions**Uzhhorod National University,
Uzhhorod, Ukraine

yaroslav.filak@uzhnu.edu.ua, felix.filak@uznhu.edu.ua

Вступ

Виразкове ураження гастродуоденальної зони перебуває в центрі уваги терапевтів і хірургів, оскільки виразкова хвороба (ВХ) має високу питому вагу серед інших захворювань травного каналу, часто рецидивує, має численні ускладнення, що зумовлює тривалу втрату працездатності. Кожен рік в Україні на диспансерному обліку знаходиться більше 1 млн хворих на виразкову хворобу шлунка і дванадцятипалої кишки. Це зумовлено дією агресивних факторів зовнішнього середовища на організм людини. Серед них виразкова хвороба 12-палої кишки займає провідне місце [3,5]. Незважаючи на наявність великої кількості консервативних методів лікування, зростає кількість хворих, які перенесли операцію на шлунку і 12-палій кишці в зв'язку з виразковою хворобою. Такі ускладнення виразкової хвороби, як кровотечі, пенетрація, перфорація, стенозуючі виразки, переродження їх, безперервно рецидивуючі виразки вимагають негайного хірургічного лікування. Причини, які призводять до резекції шлунку залишаються до кінця не з'ясованими. [1,8,10].

Проведені нами і ряду авторів спостереження відзначають, що в більшості пацієнтів з патологією травної системи спостерігаються захворювання хребта. Серед хворих з патологією органів травлення, від 35% до 45% спостережень складають пацієнти з поперековим остеохондрозом, який ускладнений протрузіями. Серед основних причин розвитку остеохондрозу лікарі виділяють порушення обміну речовин, низький фізичний розвиток, генетичну схильність, ожиріння. Ранній розвиток остеохондрозу з протрузіями має генетичну схильність, а виникнення його клінічних проявів передують вплив ряду зовнішніх і внутрішніх факторів, а саме: механічні навантаження на весь хребет і локальні перевантаження окремих його відділів в побуті або на виробництві, температурний вплив, дію інфекційних агентів, особливості функціонування рухової системи, органів травлення та ожиріння. Саме при остеохондрозі з'являється недолік мікроелементів та води всередині дисків. Як наслідок,

настає погіршення їх еластичності, самі диски ущільнюються і відбувається випинання стінки міжхребцевого диска без розрив оточуючої його оболонки – фіброзного кільця. Внаслідок вищезгаданих причин розвиваються дистрофічні зміни хребта з розвитком вогнищ дегенерації і деструкції. У відповідь в організмі розвивається незапальний процес, при якому продукти розпаду диска потрапляють в кров і сприймаються імунітетом як чужорідні. Постійно циркулюючи в крові, ці агенти вражають і здорові міжхребетні диски, запускаючи безперервну ланцюгову реакцію. При цьому повторно страждають тіла хребців, міжхребцеві диски, суглобові зв'язки і капсули, а також спинний мозок, його оболонки, спинномозкові корінці, їх артерії та вени. Це захворювання з'являється в першу чергу через остеохондроз, який і є однією з основних причин протрузії. На початковому етапі ці зміни не виявляються клінічними і не викликають у пацієнта больових відчуттів. Тобто у багатьох пацієнтів відзначається комбінована патологія [2,6,7].

Проаналізувавши ряд літературних джерел з даного питання, ми виявили той факт, що існує мало, досліджень, пов'язаних з упровадженням у комплекс санаторно-курортної реабілітації хворих, які перенесли оперативне втручання у зв'язку з виразковою хворобою 12-палої кишки, які страждають на остеохондроз хребта, ускладнений протрузіями сучасних методик фізичної терапії. У працях науковців доведено ефективність санаторно-курортної терапії, фізіотерапевтичних методів у відновлювальному лікуванні хворих, які перенесли оперативне втручання на органах черевної порожнини у зв'язку з виразковою хворобою. Разом з тим до теперішнього часу науково необґрунтовані реабілітаційні заходи, які б поєднували одночасний вплив на стан шлунково-кишкового тракту і хребта, ускладненого протрузіями у обстежених хворих. Тому впровадження найбільш ефективних методів комплексної санаторно-курортної терапії в комплексному відновному санаторному лікуванні хворих, які перенесли оперативне втручання на органах черевної порожнини з остеохондрозом хребта є актуальним напрямом медичної науки [2,9].

Мета дослідження: науково обґрунтувати та удосконалити комплексну програму реабілітації для хворих, які перенесли оперативне втручання у зв'язку з виразковою хворобою та з остеохондрозом хребта, ускладненого протрузіями в умовах санаторію.

Матеріали та методи

Об'єктом дослідження були 30 хворих, які перенесли оперативне втручання на органах черевної порожнини у зв'язку з виразковою хворобою, у яких також діагностований остеохондроз хребта, ускладнений протрузіями віком від 44 до 53 років, з них 24 чоловіків і 6 жінок. Всі пацієнти перенесли органоберігаючі операції з пілоропластикою по Фінею або по Гейнеке-Мікуличу. Тривалість часу після оперативного втручання становила від 3 до 8 років. Контрольну групу становили 20 хворих, які перенесли оперативне втручання у зв'язку з виразковою хворобою та з остеохондрозом хребта, ускладненого протрузіями, які отримали стандартний курс санаторно-курортного лікування. При поступленні на відновне лікування в санаторій «Орлине гніздо» пацієнти були детально обстежені. Діагноз постгастрорезекційний синдром базувався на даних клініко-лабораторних та інструментальних методів дослідження, остеохондроз

хребта, ускладненого протрузіями в нижньогрудному і поперековому відділах хребта на даних комп'ютерної томографії, або магнітно-резонансної томографії які проводилися за місцем проживання. Для контролю за функціональним станом пацієнтів проводили дослідження на початку і в кінці курсу відновного лікування. Всім пацієнтам проводили ультразвукове обстеження жовчного міхура і підшлункової залози. Функціональний стан шлунку вивчався інтрагастральною рН-метрією, яка проводилася за допомогою двохелектродного рН-зонда на рівні тіла і антрального відділу, стан підшлункової залози вивчався за допомогою методики ФАЖ – фракційного дослідження амілази за Желтвасем (1969). Оцінка рухливості хребта в поперековому відділі хребта досліджувалась з вихідного положення лежачи на животі. Людина піднімається на руках на скільки йому дозволяє хребет без допоміжних рухів тазом. Ступінь розгинання визначається по внутрішньому куту, утвореним ліктьовим суглобом. Якщо внутрішній кут доходить до 60° , то ці показники рахуються гіпорухливими, якщо кут $60-90^\circ$, то рухливість в нормі, якщо більше 90° – поперековий відділ хребта гіперрухливий (рис.).

Статистична обробка матеріалів дослідження і результати експерименту проводилася за t-критерієм Стьюдента.

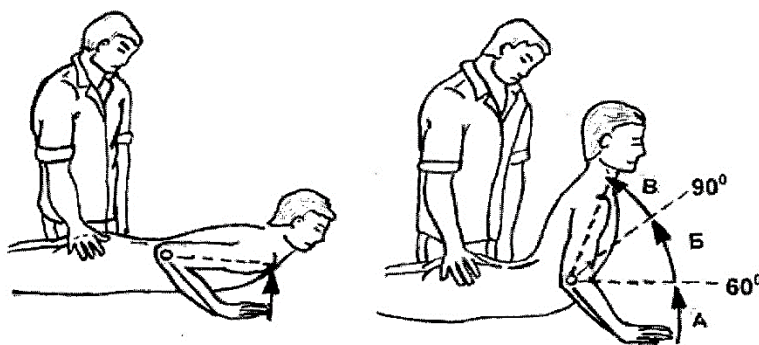


Рис. Визначення рухливості хребта при розгинанні тулуба
А – гіпорухливість; Б – нормальна рухливість; В – гіперрухливість

Результати дослідження та їх обговорення

За даними опитування 70,0% хворих скаржилися на відчуття важкості в епігастрії, який поступово посилюється при ходьбі, здуття живота, бурчання по ходу кишківника, відзначали відповідно 80,0% хворих, нестійкий стілець – 50,0%. При пальпації відзначали болючість в ділянці епігастрію або післяопераційного рубця 50,0% пацієнтів. Болі в нижньогрудному і поперековому відділах хребта відзначали 80,0% пацієнтів. Обмеження рухливості в попереку та напруження м'язів спини відзначали 90,0% пацієнтів основної групи та 86,6% контрольної. Дратівливість, емоційну нестійкість, поганий сон визначали 70,0% хворих обидвох груп. За показниками рН у осіб, які перенесли оперативне втручання відзначається гіпоацидний стан в тілі і антральному відділі шлунка. Середній показник рівня рН тіла шлунка пацієнтів основної групи становив $3,04 \pm 0,36$, антрального відділу –

$5,44 \pm 0,23$. У 27 (90,0%) обстежених пацієнтів виявлені явища гіпомоторної дискінезії жовчовидільних шляхів, що підтверджується ультразвуковим обстеженням. Методом ФАЖ у 25 пацієнтів (83,3%) виявлено зниження ферментовидільної функції підшлункової залози натще і в період травлення. Показники гнучкості хребта при розгинанні тулуба з положення лежачи на животі у обстежених пацієнтів коливались з $28,0^\circ$ до $52,0^\circ$. Середні показники становили відповідно – $42,1 \pm 6,4^\circ$. У практично здорових пацієнтів відповідного віку показники гнучкості хребта становили $60,4 \pm 5,6^\circ$, що відповідають нормі. Таким чином, у більшості хворих, які перенесли оперативне втручання у зв'язку з виразковою хворобою шлунка і 12-палої кишки відзначається знижена секреторна функція шлунка, виявляються функціональні порушення з боку жовчовидільної системи та підшлункової залози та розлади моторної функції кишківника, що підсилюється дегенеративно-дистрофічними змінами хребта. У

обстежених пацієнтів відзначались підвищена тривожність, емоційна нестійкість, знижений настрій, поганий сон.

Комплексна програма реабілітації включала: ранкову гігієнічну гімнастику (РГГ), внутрішній прийом мінеральної води Поляна Квасова, лікувальну гімнастику, гідрокінезотерапію, лікувальний масаж, вправи на профілакторі Євмінова, ампліпульстерапія, плавання, озокериттерапію. Ранкова гігієнічна гімнастика проводилася щодня, заняття тривало близько 15 хвилин та складалися в основному з вправ, що стимулюють організм до швидкої адаптації при виконанні тієї чи іншої роботи, та допомагають увійти в нормальний ритм життя. Мінеральну воду Поляна Квасова призначали температури 42°C за 45 хвилин до прийому їжі по 200 мл 3 рази на день, яка сприяла нормалізації моторно-евакуаторної функції органів травлення, посиленню панкреатичної секреції і виділення жовчі, стимуляції кишкового травлення, та всмоктування. За даними ряду авторів, мінеральна вода при внутрішньому прийомі через вплив на секрецію інтестинальних гормонів сприяє відновленню порушених фізіологічних функцій, є фактором не тільки місцевої, а і загальної дії на організм, що обумовлює включення гуморальних механізмів гомеостазу. Лікувальна гімнастика, що тривала 40–45 хвилин направлена на покращення моторно-евакуаторної функції пілородуоденального відділу, в органах черевної порожнини, нормалізацію тонуусу жовчного міхура, підвищення секреторної функції підшлункової залози, а також зміцнення м'язів живота і тазового дна з підвищенням внутрішньочеревного тиску в чергуванні з вправами на розслаблення. Також вправи лікувальної гімнастики направлені на зміцнення м'язів спини, збільшення рухливості хребта з поступовим збільшенням амплітуди рухів. Основними за методикою було вихідні положення лежачи на животі, на спині, колінно-ліктьове та колінно-кистьове для розвантаження хребта та стимуляції діяльності шлунково-кишкового тракту. Лікувальний масаж застосували для зниження тонуусу напружених м'язів спини і збільшення скорочувальної здатності ослаблених; поліпшення трофічних і регенеративних процесів шлунково-кишкового тракту та усунення неврологічних проявів остеохондрозу, підтримання рухливості хребта.

Призначали ампліпульстерапію (апарат «Радіус-01» на ділянку епігастрію (7 процедур), потім на поперековий відділ хребта (7 процедур) з метою стимуляції діяльності шлунково-кишкового тракту, зменшення запального процесу покращення крово- і лімфообігу хребта. Призначали СМС III–IV роди роботи, глибина модуляції 75%, частота – 100Гц, тривалість 6 хв., № 14 щодня. Лікувальне дозоване плавання включає різноманітні комплекси спеціальних фізичних і плавальних вправ, використання різних стилів плавання та їх елементів. Використовують методи плавання брас, кроль, які впливали на прямі м'язи, розслабляли спазмовані і зміцнювали ослаблені. У програму дозованого плавання також включається пропливання відрізків з підвищеною швидкістю і пірнання в довжину. Заняття з лікувальної

плавання проводяться через день при температурі води 26–28°C. Тривалість занять плавання 35–45 хвилин. На курс 25–30 процедур через день. Аплікації озокериту призначали на попереку температури 45°C, тривалість 30 хвилин, 10 процедур через день.

При заняттях на профілакторі забезпечувались два основних принципи відновного лікування хребта:

А. Контрольоване витягнення хребта, що забезпечувало його розвантаження. Встановлювали профілактор Євмінова під різними кутами (30–45°), що дозволяє підбирати для кожного пацієнта необхідний ступінь витягнення, та усунення стиснення нервових корінців спинного мозку, зняття болю. Витягнення проводилось щодня, тривалість 8–10 хв.

Б. Зміцнення і тренування м'язів, що підтримують хребет в анатомічно правильному положенні. Тренування м'язів досягалося за рахунок виконання спеціальних вправ, що сприяло зміцненню м'язів спини, які утворюють м'язовий корсет.

Для визначення ефективності впливу комплексної програми санаторно-курортної реабілітації на клінічні показники та функціональний стан секреторної і моторно-евакуаторної функцій шлунка і 12-палої кишки, функціональний стан хребта, стабілізацію нервової системи усім пацієнтам в кінці курсу реабілітації проведені повторні обстеження. У результаті проведених комплексних реабілітаційних заходів у 90,0% пацієнтів, у яких поєднана патологія травної системи і хребта покращились клінічні показники. Зменшилися відчуття важкості та дискомфорту в епігастрії з 70,0% до 20,0%. Здуття живота, бурчання по ходу кишківника з 80,0% до 30,0%, нестійкий стілець відзначали лише 10,0% хворих. Болі грудному і поперековому відділі хребта зникли або зменшилися у 60,0% пацієнтів, обмеження рухливості хребта відзначали 6,7% хворих. Застосування комплексної санаторно-курортної реабілітації вплинуло і на функціональний стан шлунка і дванадцятипалої кишки. Рівень рН тіла шлунка у хворих достовірно знизився з $3,04 \pm 0,36$ до $2,13 \pm 0,22$ ($P < 0,01$), в антральному відділі шлунка рівень рН знизився з $5,44 \pm 0,23$ до $3,89 \pm 0,26$ ($P < 0,05$). В результаті проведених реабілітаційних заходів на фоні внутрішнього прийому мінеральної води Поляна Квасова за даними повторного ультразвукового обстеження жовчного міхура у 70,0% пацієнтів покращилась скорочувальна функція жовчного міхура. Проведене повторно фракційне дослідження амілази показало, що у пацієнтів показники ферментовидільної функції підшлункової залози натше і в період травлення підвищились у 21 (63,0%).

Після проведеного курсу реабілітаційних заходів покращилися показники гнучкості хребта. При розгинанні тулуба з положення лежачи на животі амплітуда рухів у обстежених пацієнтів збільшилася з 42,0° до 65,0°. Середні показники становили відповідно – $58,1 \pm 4,3^\circ$. Відзначається тенденція до нормалізації показників гнучкості хребта.

В результаті досліджень доведено, що комплексна санаторна реабілітація пацієнтів з поєднаною патологією хребта і після перенесеної операції з приводу виразкової хвороби 12-палої кишки, поряд з покращенням клінічних і

лабораторних показників, нормалізується психоемоційний стан пацієнтів, сон.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з подальшим удосконаленням комплексної реабілітації, підвищення якості життя пацієнтів з поєднаною патологією.

Висновки

1. У більшості хворих з поєднаною патологією після хірургічного лікування виразкової хвороби 12-палої кишки розвиваються ряд післяопераційних синдромів, які

проявляються порушенням функцій жовчного міхура та підшлункової залози, змінами нервово-психічної сфери.

2. Комплексна санаторно-курортна реабілітація позитивно впливає на об'єктивні показники діяльності травної системи, а також на функціональний стан хребта, підвищує ефективність відновного лікування та покращує психоемоційний стан пацієнтів.

3. У хворих поєднаною патологією наші дослідження встановили, що зниження функцій функціонального стану хребта, травної системи взаємно пов'язані та підсилюють деструктивний вплив на стан всього організму. Отже, завдання курортної реабілітації у таких випадках вважаємо комплексним впливом на уражені системи організму пацієнта.

Література

1. Вдовиченко В.І., Бичков М.А., Денисюк Я.С. Функціональні захворювання органів травлення у світлі Римських III критеріїв. Львів; 2010.105 с.
2. Козак Д. В. Фізична реабілітація та основи здорового способу життя / Д. В. Козак, Н. О. Давибіда. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2005. – 199 с.
3. Бабак О.Я., Харченко Н.В. Гастроентеролог. Рациональная диагностика и фармакотерапия заболеваний органов пищеварения. – Изд.: ТОВ «Доктор-Медиа», 2007. – 134 с.
4. Внутрішня медицина: poradnik лікарю загальної практики: навчальний посібник / А.С. Свінціцький, О.О. Абрагамович, П.М. Боднар [та ін.]; за ред. А.С. Свінціцького. – К.: ВСВ «Медицина», 2014. – 1272 с.
5. Гастроентерологія / Під ред. Харченко Н.В., Бабака О.Я. – К., 2007 – 720 с.
6. Катеренчук І.П., Ткаченко Л.А., Ярмола Т.І. Біль у спині: від синдрому до діагнозу: навч. посібник. Харків: Золоті сторінки; 2013.125 с.
7. Маваждех С. Физическая реабилитация при остеохондрозе поясничного отдела позвоночника, осложненным нестабильностью сегментов и протрузиями межпозвонковых дисков / Сохиб Бахджат Махмуд Аль Маваждех [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://www.sportpedagogy.org.ua/html/journal/2013-11/13sbaidp.pdf>.
8. Методи ранньої курортної реабілітації хворих, які перенесли холецистектомію, ваготомію та резекцію шлунка: Метод. реком. / Укр. НДІ МР та К; Склад.: Драгомирецька Н.В., Серебрін Л.О., Бондарчук Г.Ф. – Одеса, 1995. – 21с.
9. Пархотик І.І. Физическая реабилитация при заболеваниях органов брюшной полости. – К. : Олимпийская литература, 2003. – 223 с.
10. Практическая гастроэнтерология: руководство для врачей / В.Г. Передерий, С.М. Ткач. – Винница: Каштелянов А.И., 2011. – 770 с.

References

1. Vdovichenko V.I., Bichkov M.A., Denisyuk Ya.S. Funkcionalni zahvoryuvannya organiv travlennya u svitli Rimskih III kriteriyiv. Lviv; 2010.105 s [in Ukrainian].
2. Kozak D. V. Fizichna reabilitaciya ta osnovi zdorovogo sposobu zhittya / D. V. Kozak, N. O. Davibida. – Ternopil : Ukrmedkniga, 2005. – 199 s.
3. Babak O.Ya., Harchenko N.V. Gastroenterolog. Racionalnaya diagnostika I farmakoterapiya zabolevanij organov pishchareniya. – Izd.: TOV «Doktor-Media», 2007. – 134 s. [in Ukrainian].
4. Vnutrishnya medicina: poradnik likaryu zagalnoyi praktiki: navchalnij posibnik / A.S. Svincickij, O.O. Abrogramovich, P.M. Bodnar [ta in.]; za red. A.S. Svincickogo. – K.: VSV «Medicina», 2014. – 1272 s. [in Ukrainian].
5. Gastroenterologiya / Pid red. Harchenko N.V., Babaka O.Ya. K.: – 2007 – 720 s.
6. Katerenchuk I.P., Tkachenko L.A., Yarmola T.I. Bil u spini: vid sindromu do diagnozu: navch. Posibnik. Harkiv: Zoloti storinki; 2013.125 s. [in Ukrainian].
7. Mavazhdeh S. Fizicheskaya reabilitaciya pri osteohondroze poyasnichnogo otdela pozvonochnika, oslozhnennym nestabilnostyu segmentov I protruziyami mezhpozvonkovykh diskov / Sohib Bahdzhat Mahmud Al Mavazhdeh [Elektronnyj resurs]. – Rezhim dostupu : <http://www.sportpedagogy.org.ua/html/journal/2013-11/13sbaidp.pdf>.
8. Metodi rannoyi kurortnoyi reabilitatsiyi hvoriy, yaki perenesli holecistektomiyu, vagotomiyu ta rezekciyu shlunka: Metod. Rekom. / Ukr. NDI MR ta K; Sklad.: Dragomirecka N.V., Serebrina L.O., Bondarchuk G.F. – Odesa, 1995. – 21 s. [in Ukrainian].
9. Parhotik I.I. Fizicheskaya reabilitatsiya pri zabolevaniyah organov bryushnoy polosti. – K.:Olimpiyskaya literatura, 2003. – 223 s. [in Ukrainian].

10. Prakticheskaya gastroenterologiya: rukovodstvo dlya vrachej / V.G. Perederij, S.M. Tkach. – Vinnica: Kashtelyanov A.I., 2011. – 770 s.

Дата надходження рукопису до редакції: 13.01.2022 р.

Мета: науково обґрунтувати та удосконалити комплексну програму реабілітації для хворих, які перенесли оперативне втручання у зв'язку з виразковою хворобою та з остеохондрозом хребта, ускладненого протрузіями в умовах санаторію.

Матеріали та методи. Дослідження проведені 30 хворих, які перенесли оперативне втручання на органах черевної порожнини у зв'язку з виразковою хворобою, у яких також діагностований остеохондроз хребта, ускладнений протрузіями віком від 44 до 53 років. Всім пацієнтам проводили ультразвукове обстеження жовчного міхура і підшлункової залози, інтрагастральна рН-метрія, стан підшлункової залози вивчався за допомогою методики ФАЖ. Оцінка рухливості хребта досліджувалась з вихідного положення лежачи на животі. Людина піднімається на руках на скільки йому дозволяє хребет.

Результати. У результаті проведених комплексних реабілітаційних заходів, поряд з покращенням клінічної картини відзначається покращення лабораторних методів дослідження, саме: рівень рН тіла шлунка у хворих достовірно знизився в антральному відділі шлунка, підвищилися показники ферментовидільної функції підшлункової залози натще і в період травлення, покращилися показники гнучкості хребта.

Висновки. У хворих поєднаною патологією наші дослідження встановили, що зниження функцій функціонального стану хребта, травної системи взаємно пов'язані та підсилюють деструктивний вплив на стан всього організму. Комплексна санаторно-курортна реабілітація позитивно впливає на об'єктивні показники діяльності травної системи, а також на функціональний стан хребта, підвищує ефективність відновного лікування та покращує психоемоційний стан пацієнтів.

Ключові слова: органи травлення, остеохондроз хребта, протрузії хребта, санаторна реабілітація.

The study included 30 patients who underwent abdominal surgery due to peptic ulcer disease and who were diagnosed with osteochondrosis of the spine complicated by protrusions also aged 44 to 53 years.

The aim: to scientifically substantiate and improve a comprehensive rehabilitation program for patients who have undergone surgery due to peptic ulcer disease and osteochondrosis of the spine complicated by protrusions in the sanatorium.

Materials and methods. All patients underwent ultrasound examination of the gallbladder and pancreas. The functional state of the stomach was studied by intragastric pH-metry, which was performed using a two-electrode pH probe at the level of the body and antrum, the state of the pancreas was studied using FAZ – fractional study of amylase by Zheltvay (1969). Assessment of spinal mobility in the lumbar spine was studied from the initial position lying on the abdomen. The human rises in his arms as much as his spine allows.

Results. As a result of the conducted complex rehabilitation measures, along with the improvement of the clinical picture, there was an improvement of laboratory research methods. The pH level of the body of the stomach in patients significantly decreased from 3.04 ± 0.36 to 2.13 ± 0.22 ($P < 0.01$), in the antrum of the stomach the pH level decreased from 5.44 ± 0.23 to 3.89 ± 0.26 ($P < 0.05$). A repeated fractional study of amylase showed that in patients the indicators of pancreatic enzyme function on an empty stomach and during digestion increased by 21 (63.0%). The flexibility of the spine has improved. The amplitude of movements in the examined patients increased from 42.0° to 65.0° . The average values were $58.1 \pm 4.3^\circ$, respectively.

Conclusions. In patients with combined pathology, our studies have found that the reduction of the functional state of the spine, digestive system are interrelated and increase the destructive effect on the state of the whole organism. Comprehensive sanatorium rehabilitation has a positive effect on the objective indicators of the digestive system, as well as the functional state of the spine, increases the effectiveness of rehabilitation and improves the psycho-emotional state of patients.

Key words: digestive organs, osteochondrosis of the spine, protrusions of the spine, sanatorium rehabilitation.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflicts of interest: absent.

Відомості про авторів

Філак Ярослав Феліксівич – кандидат наук з фізичного виховання і спорту, доцент, завідувач кафедри фізичної реабілітації ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; м. Ужгород, Україна. yaroslav.filak@uzhnu.edu.ua.

Філак Фелікс Георгійович – кандидат медичних наук, доцент кафедри основ медицини ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; м. Ужгород, Україна. felix.filak@uzhnu.edu.ua.

Дуб М.М.

Забезпечення у реабілітації осіб з інвалідністю допоміжними пристосуваннями та технічними засобами в Закарпатській області

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

Dub M.M.

Provision of rehabilitation aids and aids in the rehabilitation of persons with disabilities in the Zakarpattia region

Uzhhorod National University,
Uzhhorod, Ukraine

marjana.dub@uzhnu.edu.ua

Вступ

Реабілітація осіб з інвалідністю – система медичних, психологічних, педагогічних, фізичних, професійних, трудових, фізкультурно-спортивних, соціально-побутових заходів, спрямованих на надання особам допомоги у відновленні та компенсації порушених або втрачених функцій організму для досягнення і підтримання соціальної та матеріальної незалежності, трудової адаптації та інтеграції в суспільство, а також забезпечення осіб з інвалідністю технічними та іншими засобами реабілітації і медичними виробами. Необхідно відзначити, що потужним інструментом в забезпеченні індивідуальної мобільності осіб з інвалідністю, підвищення їх незалежності, покращення функціональних можливостей та повернення їх до участі в повсякденній діяльності визначено технічні та інші засоби реабілітації [1,6,7].

Забезпечення осіб з інвалідністю технічними та іншими засобами реабілітації гарантується низкою нормативно-правових актів. Відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 5 квітня 2012 р. № 321 «Про затвердження Порядку забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю та інших окремих категорій населення і виплати грошової компенсації вартості за самостійно придбані технічні та інші засоби реабілітації» особи з інвалідністю, діти з інвалідністю та інші окремі категорії населення забезпечуються зокрема протезно-ортопедичними виробами, у тому числі ортопедичним взуттям, спеціальними засоби для самообслуговування та догляду, засобами для пересування, допоміжними засобами для особистої рухомості, переміщення та підйому, меблями та оснащенням, спеціальними засобами для орієнтування, спілкування та обміну інформацією [1–3]. Проте, значна частина пільгових категорій населення, позбавляється права в повному обсязі задовольнити потребу у технічних засобах реабілітації, відстрочується їх отримання та створюється черговість на їх отримання в органах соціального захисту та на протезно-ортопедичних підприємствах [5]. Прогалини у забезпеченні осіб з

інвалідністю допоміжними пристосуваннями та технічними засобами реабілітації суттєво погіршують можливості адаптації осіб з інвалідністю до суспільного життя. Зазначене обумовлює актуальність встановлення рівня забезпечення допоміжними пристосуваннями та технічними засобами реабілітації осіб з інвалідністю у Закарпатській області.

Мета дослідження: дослідити передумови та стан забезпечення допоміжними пристосуваннями та технічними засобами у реабілітації осіб з інвалідністю у Закарпатській області.

Матеріали та методи

Матеріалами дослідження стали нормативно-правові документи України та показники аналітико-інформаційного довідника медико-соціальної реабілітації осіб з інвалідністю [6]. Методи: системного аналізу, статистичний, графічний.

Результати дослідження та їх обговорення

За даними Міністерства соціальної політики України, Міністерства охорони здоров'я України та Пенсійного фонду України, кількість осіб з обмеженими фізичними можливостями, які потребують соціального захисту і визнані інвалідами у встановленому порядку в Закарпатській області, станом на 01.01.2020 року, складала 76354 осіб, серед яких 5994 осіб з інвалідністю I групи, 20323 – II групи та 42958 осіб – III групи інвалідності, 7079 – діти з інвалідністю до 18 років [4].

Результати аналізу показників рекомендацій із забезпечення осіб з інвалідністю допоміжними пристосуваннями та технічними засобами реабілітації в Закарпатській області протягом 2017–2019 рр. дозволив встановити, що рівень їх забезпеченості мав тенденцію до зниження. Так, у результаті аналізу показників рекомендацій із забезпечення допоміжними засобами для ходьби (милиці, трості, опори, складні ролатори) встановлено, що частка таких рекомендацій серед осіб

з інвалідністю протягом 3 років (2017–2019 роки) зменшилась незначно з 41,94% у 2017 році до 40,81% у 2019 році. Так, у 2017 році вказані рекомендації визначені в індивідуальних програмах реабілітації в Закарпатській області для 570 (41,94%) осіб з інвалідністю, в 2018 році – 526 (44,50%) та 2019 році для 566 (40,81%) осіб з інвалідністю. Натомість частка забезпечення протезно-ортопедичними виробами (протези, ортези, ортопедичне взуття) за вказаний період збільшилась: такі рекомендації у 2017 році визначені в індивідуальних програмах реабілітації в Закарпатській області для 649 (47,76%) осіб

з інвалідністю, у 2018 – 584 (49,41%) та 2019 – 666 (48,02%) осіб з інвалідністю.

Аналіз показників рекомендацій щодо забезпечення індивідуальної мобільності осіб з інвалідністю з максимально можливим ступенем їхньої самостійності (отримання крісла колісного) дозволив встановити зменшення загальної кількості призначень в індивідуальних програмах реабілітації за досліджуваний період на 4,2%. Так, у 2017 році вони були визначені для 248, в 2018 – 187, у 2019 році – 238 осіб з інвалідністю. Дані представлені в таблиці та на рисунку 1.

Таблиця. Забезпечення осіб з інвалідністю допоміжними пристосуваннями та ТЗР, визначені в ІПР, у розрізі Закарпатської області за 2017-2019 рр.

Рік	Усього	допоміжними засобами для ходьби (милиці, трості, опори, складні ролятори)		протезно-ортопедичними виробами (протези, ортези, ортопедичне взуття)		сурдотехнікою		тифлотехнікою		засобами зв'язку (телефонами, мобільними телефонами, факсами)	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
2017	1 359	570	41,94	649	47,76	102	7,51	24	1,77	14	1,03
2018	1 182	526	44,50	584	49,41	16	1,35	27	2,28	29	2,45
2019	1 387	566	40,81	666	48,02	65	4,69	11	0,79	79	5,70

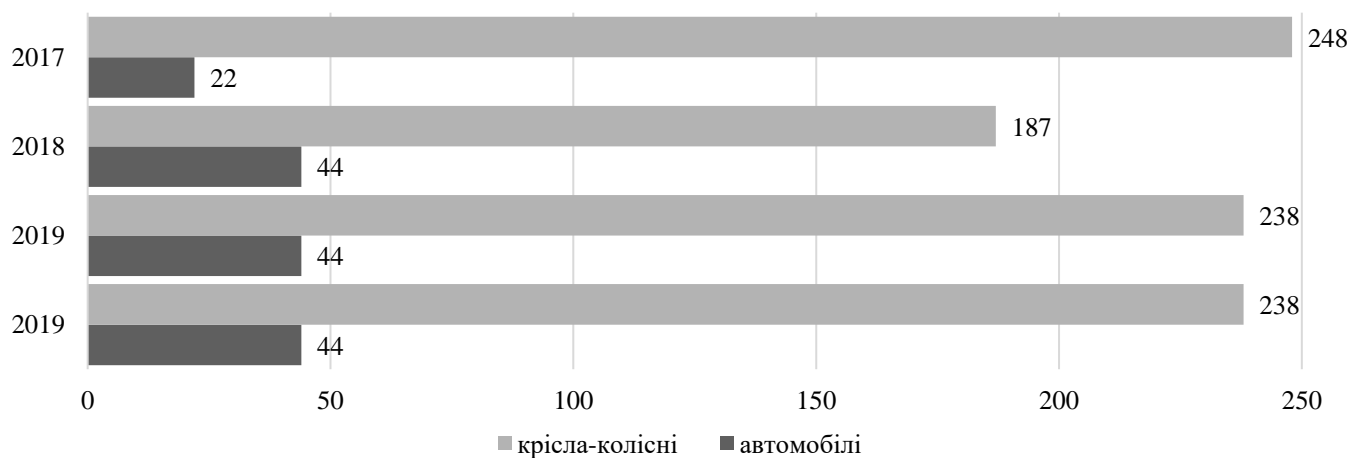


Рис. 1. Забезпечення з технічних засобів реабілітації, визначені в ІПР осіб з інвалідністю, у розрізі Закарпатської області за 2017-2019 рр.

Окремо проаналізовані показники рекомендацій із забезпечення допоміжними пристосуваннями та технічними засобами реабілітації в залежності від важкості інвалідності. При аналізі встановлено, що за 2017–2019 рр. такі рекомендації, які визначені в індивідуальних програмах реабілітації для осіб з інвалідністю, майже не змінювалися: у 2017 році – 1 359 осіб з інвалідністю: 8,54% з I групою, 52,17% – II групою, 39,29% – з III групою; в 2018 – 1 182 осіб з інвалідністю: 8,97% з I групою, 49,92% – II групою, 41,12% – з III групою, у 2019 році – 1 387 осіб з інвалідністю: 7,14%

з I групою, 48,09% – II групою та 44,77% – з III групою інвалідності.

На рисунку 2 видно, що показники із забезпечення допоміжними засобами для ходьби (милиці, трості, опори, складні ролятори), визначені в індивідуальних програмах реабілітації, у 2017–2019 роках відрізняються в залежності від важкості інвалідності. Так, у 2017–2019 роках відмічалось зниження частки у забезпеченні осіб з II групою на 15,3% (з 60,88% до 45,58%), а частка осіб за III групою зросла на 15,76% (з 29,65% до 45,41%), при цьому найбільші частки склали особи з другою групою

інвалідності. Ймовірно зростання частки у забезпеченні допоміжними засобами може бути пов'язане зі зменшенням зареєстрованої інвалідності серед громадян.

Детальний аналіз рекомендацій із забезпечення протезно-ортопедичними виробами (протези, ортези, ортопедичне взуття) дозволив встановити структуру рекомендацій за групами інвалідності. Так, структура вказаних рекомендацій у 2017 році представлена такими частками: 7,4% – для осіб з I групою (27,08% з I групою А, 72,92% з I групою Б), 47,15% – з II групою, 44,45% –

з III групою. У 2018 році структура майже не змінилась: 10,08% – для осіб з I групою (3,77% з I групою А та 96,23% з I групою Б), 48,86% та 41,06% – з II та III групами відповідно. У 2019 році досліджувана структура незначно змінилась зі зменшенням частки призначень для осіб з I групою інвалідності – 6,16% (14,63% з I групою А, 85,37% з I групою Б), 49,70% – з другою групою та несуттєвим збільшенням частки призначень для осіб з III групою інвалідності – 44,14%.

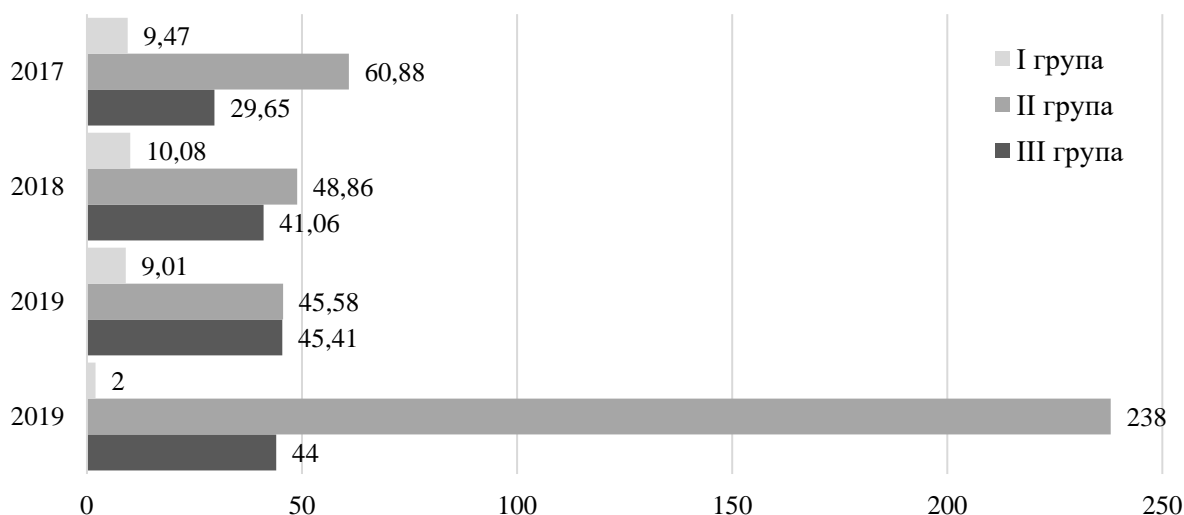


Рис. 2. Забезпечення допоміжними засобами для ходьби, визначені в ППР осіб з інвалідністю, в залежності від важкості інвалідності у розрізі Закарпатської області за 2017–2019 рр.

При аналізі показників рекомендації забезпечення технічними засобами реабілітації залежно від важкості інвалідності встановлено, що найбільша частка вказаних рекомендацій визначена в індивідуальних програмах реабілітації для осіб з першою групою інвалідності. У 2017 р. така частка склала 77,04% (34,13% з I групою А та 65,87% з I групою Б), у 2018 р. – 63,64% (23,81% з I групою А та 76,19% з I групою Б), у 2019 р. – 64,18% (26,52% з I групою А та 73,48% з I групою Б).

Структура рекомендацій на отримання крісла колісного залежно від важкості інвалідності схожа за частками. Встановлено, що на отримання крісел колісних визначені рекомендації в індивідуальних програмах реабілітації переважно для осіб з інвалідністю I групи: у 2017 році – 79,84%, у 2018 році – 72,19%, у 2019 році – 68,91%. Частка осіб з II групою інвалідності, які були забезпечені кріслами колісними з 2017 по 2019 рік збільшилася на 54,2% (з 20,16% до 31,09%) за рахунок зменшення частки осіб з інвалідністю з I групою.

Отже, загалом на підставі аналізу даних щодо показників забезпечення в індивідуальних програмах реабілітації допоміжними пристосуваннями та технічними засобами осіб з інвалідністю в Закарпатській області можна стверджувати про достатнє охоплення у забезпеченні допоміжними пристосуваннями та технічними засобами реабілітації, визначені в індивідуальних програмах осіб з інвалідністю в залежності від потреби та груп інвалідності. Однак не можна

простежити забезпеченість індивідуальної мобільності осіб з інвалідністю сучасними технічними засобами реабілітації через відсутність такої інформації.

Перспективи подальших досліджень полягають у подальшому детальному вивченні співвідношення необхідних та фактично одержаних допоміжних пристосувань та технічних засобів реабілітації особами з інвалідністю (серед дорослих та дітей).

Висновки

В результаті проведеного аналізу показників рекомендацій із забезпечення осіб з інвалідністю допоміжними пристосуваннями та технічними засобами реабілітації в Закарпатській області протягом 2017–2019 років можна зробити наступні висновки:

1. Виявлено зменшення загальної кількості призначень в індивідуальних програмах реабілітації у забезпеченні осіб з інвалідністю допоміжними засобами для ходьби та в отриманні крісла колісного.

2. Визначено зміни у забезпеченні технічними засобами реабілітації за важкістю інвалідності допоміжними засобами для ходьби: зниження частки осіб з II групою інвалідності на 15,3% та збільшення частки осіб з інвалідністю за III групою на 15,76%.

3. Встановлено, що на отримання крісел колісних визначені рекомендації в індивідуальних програмах

реабілітації переважно для осіб з I групою інвалідності: у 2017 році – 79,84%, у 2018 році – 72,19%, у 2019 році – 68,91%; частка осіб з II групою інвалідності, які були забезпечені кріслами колісними з 2017 по 2019 рік збільшилася на 54,2%.

4. Отримані результати аналізу показників забезпечення осіб із інвалідністю у реабілітації

допоміжними пристосуваннями і технічними засобами потребує більш детального вивчення співвідношення необхідних та фактично одержаних допоміжних пристосувань та технічних засобів реабілітації особами з інвалідністю (серед дорослих та дітей).

Література

1. Закон України "Про реабілітацію інвалідів в Україні" [Електронний ресурс]. Режим доступу до ресурсу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2961-15/page>. Назва з екрану.
2. Постанова Кабінету Міністрів України "Про затвердження Порядку забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю та інших окремих категорій населення, переліку таких засобів" [Електронний ресурс] // Київ. 2012. Режим доступу до ресурсу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/321-2012-%D0%BF/page>. Назва з екрану.
3. Салєєва А.Д. Особливості класифікації та призначення допоміжних засобів для рухомості особам з вадами та захворюваннями опорно-рухової системи. А. Д. Салєєва, В. В. Щетинін, О. Д. Чернишов, Т. Є. Кудрявцева, Т. М. Палуб, К. Я. Карпенко, Л. Р. Матвєєва. Ортопедия, травматология и протезирование. 2013;4: 93-98.
4. Соціальний захист населення України у 2019 році. Статистичний збірник. Державна служба статистики України. Київ. 2020. С.115.
5. Ціж Л.М. Актуальні проблеми забезпечення технічними засобами реабілітації осіб з інвалідністю в Україні. Вісник Запорізького національного університету. 2017;1:181-189.
6. Шевчук ВІ, Беляєва НМ, Сторожук ЛО, Яворовенко ОБ, Куриленко ІВ, Семенюк МВ. Основні показники медико-соціальної реабілітації осіб з інвалідністю в Україні за 2019 рік: Аналітико-інформаційний довідник. Вінниця: ФОП Рогальська І.О.; 2020. 112 с.
7. World report on disability. World Health Organization 2011. Режим доступу: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564182>.

References

1. Zakon Ukrainy "Pro rehabilitatsiiu invalidiv v Ukraini" [Elektronnyi resurs]. Rezhym dostupu do resursu: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2961-15/page>. Nazva z ekranu.
2. Postanova Kabinetu Ministriv Ukrainy "Pro zatverdzhennia Poriadku zabezpechennia tekhnichnymy ta inshymy zasobamy rehabilitatsii osib z invalidnistiu, ditei z invalidnistiu ta inshykh okremykh katehorii naseleennia, pereliku takykh zasobiv" [Elektronnyi resurs] // Kyiv. 2012. Rezhym dostupu do resursu: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/321-2012-%D0%BF/page>. Nazva z ekranu.
3. Salieieva A.D. Osoblyvosti klasyfikatsii ta pryznachennia dopomizhnykh zasobiv dlia rukhomosti osobam z vadamy ta zakhvoriuvanniamy oporno-rukhoivoi systemy. A. D. Salieieva, V. V. Shchetynin, O. D. Chernyshov, T. Ye. Kudriavtseva, T. M. Palub, K. Ya. Karpenko, L. R. Matveieva. Ortopediya, travmatolohiia y protezyrovanye. 2013;4: 93-98.
4. Sotsialnyi zakhyst naseleennia Ukrainy u 2019 rotsi. Statystychnyi zbirnyk. Derzhavna sluzhba statystyky Ukrainy. Kyiv. 2020. S.115.
5. Tsizh L. M. Aktualni problemy zabezpechennia tekhnichnymy zasobamy rehabilitatsii osib z invalidnistiu v Ukraini. Visnyk Zaporizkoho natsionalnoho universytetu. 2017;1:181-189.
6. Shevchuk VI, Beliaieva NM, Storozhuk LO, Yavorovenko OB, Kurylenko IV, Semeniuk MV. Osnovni pokaznyky medyko-sotsialnoi rehabilitatsii osib z invalidnistiu v Ukraini za 2019 rik: Analityko-informatsiyni dovidnyk. Vinnytsia: FOP Rohalska I.O.; 2020. 112 s.
7. World report on disability. World Health Organization 2011. Rezhym dostupu: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564182>.

Дата надходження рукопису до редакції: 04.02.2022 р.

Мета дослідження: дослідити передумови та стан забезпечення допоміжними пристосуваннями та технічними засобами у реабілітації осіб із інвалідністю у Закарпатській області.

Матеріали та методи. Матеріалами дослідження стали нормативно-правові документи України та показники аналітико-інформаційного довідника медико-соціальної реабілітації осіб з інвалідністю. Методи: системного аналізу, статистичний, графічний.

Результати. Проведено аналіз показників рекомендацій із забезпечення осіб з інвалідністю допоміжними пристосуваннями та технічними засобами в Закарпатській області в динаміці за 2017–2019 рр. Виявлено зменшення загальної кількості призначень в індивідуальних програмах реабілітації в отриманні крісла колісного на 4,2%, зниженні частки осіб з інвалідністю у забезпеченні допоміжними засобами для ходьби з II групою на 15,3%, зростання частки осіб з III групою на 15,76% та збільшення на 54,2% частки осіб з II групою інвалідності у забезпеченні кріслами колісними.

Висновки. Рівень забезпечення осіб із інвалідністю у реабілітації допоміжними пристосуваннями та технічними засобами у Закарпатській області за даними офіційних документів є достатнім, проте потребує більш детального вивчення співвідношення необхідних та фактично одержаних допоміжних пристосувань та технічних засобів реабілітації особами з інвалідністю (серед дорослих та дітей).

Ключові слова: технічні засоби реабілітації, допоміжні пристосування, особи з інвалідністю.

The aim of the work: to study the preconditions and the state of providing aids and technical means in the rehabilitation of persons with disabilities in the Transcarpathian region.

Materials and methods. The materials of the study were the legal documents of Ukraine and indicators of the analytical and information guide to medical and social rehabilitation of persons with disabilities. Methods: system analysis, statistical, graphical.

Results. The analysis of indicators of recommendations for providing persons with disabilities with aids and technical means in the Transcarpathian region in the dynamics of 2017–2019. providing aids for walking with group II by 15.3%, increasing the share of persons with group III by 15.76% and increasing by 54.2% the share of persons with group II disability in wheelchairs.

Conclusions. According to official documents, the level of provision of persons with disabilities in rehabilitation with aids and technical aids in Zakarpattia region is sufficient, but requires a more detailed study of the ratio of necessary and actually received aids and technical aids for rehabilitation of persons with disabilities (adults and children).

Key words: technical means of rehabilitation, aids, persons with disabilities.

Відомості про автора

Дуб Мар'яна Михайлівна – к. н. фіз. вих. і спорту, доцент кафедри наук про здоров'я факультету здоров'я та фізичного виховання, ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; вул. Митна, 29, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.
marjana.dub@uzhnu.edu.ua.

DOI 10.24144/2077-6594.1.1.2022.254649
УДК 616.24-002-08.001.76:612.017

Березняков В.І.

Стан клітинної і гуморальної ланок імунітету при негоспітальній пневмонії

Харківська медична академія післядипломної освіти,
м. Харків, Україна

Bereznyakov V.I.

The state of cellular and humoral parts of the immune system in community-acquired pneumonia

Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education,
Kharkiv, Ukraine

vladyslavbereznyakov@gmail.com

Вступ

Сукупність неспецифічних і імунологічних регуляторних ланок запального процесу є універсальним явищем, завдяки якому реалізується не лише захисна функція запалення, але і його пошкоджуючий вплив на тканинну структуру [1,2].

Наприкінці ХХ століття в літературних джерелах з'явилися повідомлення про те, що при виявленій у хворих, що страждають на негоспітальну пневмонію (НП), різко ослаблюється фагоцитарна активність лейкоцитів і показники реактивності тканин. Помітно підвищується частота захворювань у осіб з порушенням функції щитовидної залози, нирок і інших органів [3].

Метою дослідження було вивчення змін імунного статусу організму хворих, що страждають на НП, з'ясування ролі дисбалансу в системі цитокінів, які здійснюють регуляцію міжклітинних взаємодій усіх ланок імунної системи при цьому захворюванні.

Матеріали та методи

Нами обстежено 20 дорослих хворих, що страждали на НП, віком від 18 до 80 років, які перебували в терапевтичному відділенні Миської клінічної лікарні № 25 м. Харкова. Діагноз НП встановлювали на підставі епідеміологічних, клінічних, лабораторних, рентгенологічних даних. Виключали із обстеження хворих із такими патологіями, як туберкульоз, бронхіальна астма, гепатит В, С і D, ВІЛ, захворювання крові та онкологічні захворювання.

Контрольна група була сформована з 20 практично здорових осіб (ПЗО), які відповідали хворим за віком і статтю.

Хворі були обстежені відповідно Медичним стандартам (Національний інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф.Г. Яновського НАМН України). Верифікацію збудників НП проводили за загальноприйнятими мікроскопічними і бактеріологічними методами. При госпіталізації всім

обстеженим, відповідно стандартам міжнародного товариства пульмонологів та Рекомендаціям Національного інституту фтизіатрії і пульмонології імені Ф.Г. Яновського НАМН України (Київ, 2019), призначалася стандартна антибактеріальна терапія.

НП діагностувалася на підставі наявності легеневого інфільтрату, верифікованого рентгенологічно. Синдром інтоксикації і синдром дихальної недостатності переважав в клінічній картині НП тяжкого ступеня перебігу. Критеріями виключення з дослідження були: неінфекційні інфільтративні ураження легень (інфаркт-пневмонія, новоутворення, саркоїдоз, туберкульоз легких, паразитарні інвазії) [4]. До початку дослідження від усіх хворих і здорових осіб було отримано інформовану згоду на участь.

Імуногістохімічним методом визначали CD3+, CD4+, CD8+, CD20+. Для підрахунку клітин використали мікросітку Г.Г. Автандилова [5].

Статистичну обробку результатів дослідження проводили з використанням непараметричних методів за допомогою U-критерію Манна-Уїтні [6]. Достовірними вважали результати при $p < 0,05$.

Результати дослідження та їх обговорення

Оцінка імунного статусу у хворих, що страждають на НП, показала, що усі ланки імунітету змінюються в різній мірі і мають різну спрямованість (табл. 1).

Аналіз отриманих результатів вивчення клітинної ланки імунітету свідчив про зменшення вмісту загальних Т-лімфоцитів (CD3+) у хворих, що страждають на НП, як в першу, так і на 10-у добу спостереження.

Так, у хворих, що страждають на НП, вміст загальних Т-лімфоцитів менше в 2,47 рази показника в групі ПЗО.

У хворих, що страждають на НП, в 1-у добу спостереження зменшення вмісту CD3+ було більше вираженим – в 2,5 рази порівняно з показником групи ПЗО. На 10-у добу спостереження у хворих, що страждають на НП, показник CD3+ дещо збільшувався, але відрізнявся від групи ПЗО в 1,7 рази.

Таблиця 1. Показники клітинної ланки імунітету у хворих, що страждають на негоспітальну пневмонію (M±m; n=20)

Показники, M±m	Групи	
	ПЗО	Хворі, що страждають на НП
	1^а доба	
CD3 ⁺ , x10 ⁶ /л	0,47±0,01	0,19±0,02*
CD4 ⁺ , x10 ⁶ /л	0,31±0,02	0,12±0,02*
CD8 ⁺ , x10 ⁶ /л	0,17±0,01	0,53±0,02*
CD4 ⁺ /CD8 ⁺	1,82±0,04	0,23±0,03*
	10^а доба	
CD3 ⁺ , x10 ⁶ /л	0,51±0,02	0,30±0,02*
CD4 ⁺ , x10 ⁶ /л	0,29±0,01	0,18±0,01*
CD8 ⁺ , x10 ⁶ /л	0,20±0,01	0,42±0,02*
CD4 ⁺ /CD8 ⁺	1,45±0,02	0,42±0,04*

Примітка (тут і далі): * – p<0,05 порівняно з ПЗО.

Крім того, при НП було відмічено зменшення вмісту Т-хелперів (CD4⁺) в 1,6 рази (табл. 1). У хворих, що страждають на НП, спостерігали зменшення цього показника на 1-у і 10-у добу – в 2,6 і 1,6 рази відповідно.

Вміст Т-супресорів (CD8⁺) у хворих, що страждають на НП, навпаки, різко підвищувався на 1-у і 10-у добу – в 2,8 і 2,1 рази відповідно, порівняно з показником в групі ПЗО.

В той же час, імунорегуляторний показник (CD4⁺/CD8⁺) зменшувався порівняно з групою ПЗО в 4 рази, на 1-у і 10-у добу спостереження – в 5,9 і 3,5 рази відповідно, що свідчить про розвиток імунодефіциту у хворих, що страждають на НП: Т-клітинний дефіцит розвивався як за рахунок Т-хелперів, так і цитотоксичних Т-супресорів.

Такі зміни, ймовірно, свідчать про суттєві порушення імунологічної реактивності у хворих, що страждають на НП. Одним із механізмів порушення є зниження синтезу ДНК, що призводить до зменшення швидкості клітинної проліферації, відбувається пригнічення розпізнавання чужорідних антигенів (зниження концентрація CD4⁺), що, в свою чергу, призводить до пригнічення продукції ростових та диференціюючих факторів, які необхідні для розмноження

та дозрівання В-лімфоцитів, незначної стимуляції росту та розмноження цитотоксичних та супресорних Т-клітин, уповільнення активації макрофагальної системи, зниження імунної толерантності, кілерної активності нульових клітин [7,8].

Аналіз отриманих результатів дослідження гуморальної ланки імунітету хворих, що страждають на НП, показав наявність змін і в цій ланці імунітету. Це проявлялося в зменшенні відсоткового вмісту В-лімфоцитів (CD20⁺) в порівнянні з групою ПЗО на 14%; на 1-у і 10-у добу спостереження – на 20% і 11% відповідно (табл. 2).

Таким чином, розвиток НП у хворих супроводжується порушенням як клітинної, так і гуморальної ланок імунної системи організму. Найбільш виражені зміни відбуваються на 10-у добу спостереження і, в основному, в клітинній ланці імунної системи [9].

Перспективи подальших досліджень

В подальшому планується вивчення участі механізмів адаптації організму до нестачі кисню в периферійній крові хворих на негоспітальну пневмонію.

Таблиця 2. Показники гуморальної ланки імунітету у хворих, що страждають на негоспітальну пневмонію (M±m; n=20)

Показники, M±m	Групи	
	ПЗО	Хворі, що страждають на НП
	1^а доба	
CD20 ⁺ , %	14,03 ± 0,56	11,17 ± 1,04*
	10^а доба	
CD20 ⁺ , %	14,03 ± 0,56	12,54 ± 0,25*

Висновки

1. Важливою ланкою в патогенезі негоспітальної пневмонії є зміни як клітинної, так і гуморальної ланок загального імунного статусу, що проявляється у

вираженому зменшенні кількості загальних зрілих Т-лімфоцитів (CD3⁺) і Т-лімфоцитів-хелперів (CD4⁺); у збільшенні Т-супресорів (CD8⁺) і зменшенні відносної кількості В-лімфоцитів (CD20⁺).

2. Найбільш виражені зміни імунної системи організму при негоспітальній пневмонії проявляються, в основному, в клітинній ланці імунної системи.
3. Для успішного лікування негоспітальної пневмонії доцільним є призначення, крім стандартної терапії, загальнозміцнюючих і імунокорегуючих препаратів.

Література

1. Eshwara VK, Mukhopadhyay C, Rello J. Community-acquired bacterial pneumonia in adults: An update. *Indian J Med Res.* 2020; 151 (4): 287–302. doi: 10.4103/ijmr.IJMR_1678_19.
2. Lanks CW, Musani AI, Hsia DW. Community-acquired Pneumonia and Hospital-acquired Pneumonia. *Med Clin North Am.* 2019; 103 (3): 487–501. doi: 10.1016/j.mcna.2018.12.008.
3. Huang Y, Liu A, Liang L. et al. Diagnostic value of blood parameters for community-acquired pneumonia. *Int Immunopharmacol.* 2018; 64: 10–15. doi: 10.1016/j.intimp.2018.08.022.
4. Чучалин АГ, Синопальников АИ, Яковлев СВ. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике (пособие для врачей). М.: 2003. 53 с.
5. Автандилов ГГ. Морфометрия в патологии. М.: 1973.
6. Лапач СН, Чубенко АВ, Бабич ПН. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel. К.: МОРИОН, 2000. 320 с.
7. Rijkers GT, Holzer L, Dusselier T. Genetics in community-acquired pneumonia. *Curr Opin Pulm Med.* 2019 May;25(3):323-329. doi: 10.1097/MCP.0000000000000580.
8. Brands X, Haak BW, Klarenbeek AM, Otto NA, Faber DR, Lutter R, Scicluna BP, Wiersinga WJ, van der Poll T. Concurrent Immune Suppression and Hyperinflammation in Patients With Community-Acquired Pneumonia. *Front Immunol.* 2020 May 6;11:796. doi: 10.3389/fimmu.2020.00796.
9. Liu G, Jiang X, Zeng X, Pan Y, Xu H. Analysis of Lymphocyte Subpopulations and Cytokines in COVID-19-Associated Pneumonia and Community-Acquired Pneumonia. *J Immunol Res.* 2021 Jun 9;2021:6657894. doi: 10.1155/2021/6657894.

References

1. Eshwara VK, Mukhopadhyay C, Rello J. Community-acquired bacterial pneumonia in adults: An update. *Indian J Med Res.* 2020; 151 (4): 287–302. doi: 10.4103/ijmr.IJMR_1678_19.
2. Lanks CW, Musani AI, Hsia DW. Community-acquired Pneumonia and Hospital-acquired Pneumonia. *Med Clin North Am.* 2019; 103 (3): 487–501. doi: 10.1016/j.mcna.2018.12.008.
3. Huang Y, Liu A, Liang L. et al. Diagnostic value of blood parameters for community-acquired pneumonia. *Int Immunopharmacol.* 2018; 64: 10–15. doi: 10.1016/j.intimp.2018.08.022.
4. Chuchalin AG, Sinopalnikov AI, Yakovlev SV. Vnebolnichnaya pnevmoniya u vzroslyh: prakticheskie rekomendacii po diagnostike, lecheniyu i profilaktike (posobie dlya vrachej). М.: 2003. 53 s.
5. Avtandilov GG. Morfometriya v patologii. М.: 1973.
6. Lapach SN, Chubenko AV, Babich PN. Statisticheskie metody v mediko-biologicheskikh issledovaniyah s ispolzovaniem Excel. К.: MORION, 2000. 320 s.
7. Rijkers GT, Holzer L, Dusselier T. Genetics in community-acquired pneumonia. *Curr Opin Pulm Med.* 2019 May;25(3):323-329. doi: 10.1097/MCP.0000000000000580.
8. Brands X, Haak BW, Klarenbeek AM, Otto NA, Faber DR, Lutter R, Scicluna BP, Wiersinga WJ, van der Poll T. Concurrent Immune Suppression and Hyperinflammation in Patients With Community-Acquired Pneumonia. *Front Immunol.* 2020 May 6;11:796. doi: 10.3389/fimmu.2020.00796.
9. Liu G, Jiang X, Zeng X, Pan Y, Xu H. Analysis of Lymphocyte Subpopulations and Cytokines in COVID-19-Associated Pneumonia and Community-Acquired Pneumonia. *J Immunol Res.* 2021 Jun 9;2021:6657894. doi: 10.1155/2021/6657894.

Дата надходження рукопису до редакції: 19.01.2022 р.

Метою дослідження було вивчення змін імунного статусу організму хворих на негоспітальну пневмонію, з'ясування ролі дисбалансу в системі цитокінів, які здійснюють регуляцію міжклітинних взаємодій усіх ланок імунної системи при цьому захворюванні. Обстежено 20 дорослих хворих на негоспітальну пневмонію, які перебували в терапевтичному відділенні Міської клінічної лікарні № 25 м. Харкова. Діагноз встановлювали на підставі епідеміологічних, клінічних, лабораторних, рентгенологічних даних. Хворі були обстежені відповідно Медичним стандартам Національного інституту фізичної та пульмонології імені Ф. Г. Яновського НАМН України. Важливою ланкою в патогенезі негоспітальної пневмонії є зміни як клітинної, так і гуморальної ланок загального імунного статусу,

що проявляється у вираженому зменшенні кількості загальних зрілих Т-лімфоцитів (CD3+) і Т-лімфоцитів-хелперів (CD4+); у збільшенні Т-супресорів (CD8+) і зменшенні відносної кількості В-лімфоцитів (CD20+). Найбільш виражені зміни імунної системи організму при негоспітальній пневмонії проявляються, в основному, в клітинній ланці імунної системи. Для успішного лікування негоспітальної пневмонії доцільним є призначення, крім стандартної терапії, загальнозміцнюючих і імунокорегуючих препаратів.

Ключові слова: негоспітальна пневмонія, імунний статус, патогенез.

Given the increasing incidence of community-acquired pneumonia, **the aim of the study** was to examine changes in the immune status of patients with community-acquired pneumonia, the role of imbalances in cytokines that regulate intercellular interactions of all immune systems.

Were examined twenty adult patients with community-acquired pneumonia who were in the therapeutic department of the Kharkiv City Clinical Hospital № 25. The diagnosis was established on the basis of epidemiological, clinical, laboratory, radiological data. Patients were examined in accordance with the Medical Standards of the National Institute of Phthisiology and Pulmonology named after Yanovsky F. G. of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine. An important link in the pathogenesis of community-acquired pneumonia is changes in both cellular and humoral links of general immune status, which is manifested in a marked decrease in the number of total mature T-lymphocytes (CD3+) and helper T-lymphocytes (CD4+); in increasing T-suppressors (CD8+) and decreasing the relative number of B-lymphocytes (CD20+). The most pronounced changes in the body's immune system in community-acquired pneumonia are manifested mainly in the cellular part of the immune system. For the successful treatment of community-acquired pneumonia, it is advisable to prescribe, in addition to standard therapy, tonics and immunocorrective drugs.

Key words: community-acquired pneumonia, immune status, pathogenesis.

Відомості про автора

Березняков Владислав Ігорович – к.мед.н., доцент, кафедра загальної практики-сімейної медицини Харківської медичної академії післядипломної освіти; м. Харків, вул. Амосова, 58.
vladyslavbereznyakov@gmail.com.

DOI 10.24144/2077-6594.1.1.2022.254650
УДК 616.643-088.2-055.1

Babecka Jozef

Urinary incontinence in men

Catholic University in Ruzomberok,
Faculty of Health, Slovakia

Бабечка Йозеф

Нетримання сечі у чоловіків

Католицький університет в Руженбероку,
Словаччина

jozef.babecka@ku.sk

Introduction

Urinary incontinence has a significant psychosocial impact in men, reducing their quality of life. It has been less thoroughly investigated than incontinence in women; nevertheless, a detailed history and physical examination to classify the type of incontinence are key to guiding management. Urinary incontinence is defined by the International Continence Society as 'the complaint of any involuntary loss of urine'.

Several types of urinary incontinence have been defined in the adult male, the most common being urgency urinary incontinence, stress urinary incontinence and mixed urinary incontinence (see Table). In clinical practice, it is often the case that a patient presents with features of more than one type of incontinence, along with a variety of underlying disease processes. Nevertheless, it is useful to make such classifications as each type of incontinence has different aetiologies, clinical manifestations and treatments.

Table. **Types of urinary incontinence** (Source: Mangir, N., 2020)

International Continence Society term	Definition
Urgency urinary incontinence	The complaint of involuntary loss of urine associated with urgency
Stress urinary incontinence	The complaint of involuntary loss of urine on effort or physical exertion including sporting activities, sneezing or coughing
Mixed urinary incontinence	The complaint of both stress and urgency urinary incontinence, ie involuntary loss of urine associated with urgency as well as with effort or physical exertion including sporting activities, sneezing or coughing (stress)
Enuresis	The complaint of intermittent (non-continuous) incontinence that occurs during periods of sleep
Continuous urinary incontinence	The complaint of continuous involuntary loss of urine
Insensible urinary incontinence	The complaint of urinary incontinence where the individual is aware of urine leakage but unaware of how or when it occurred
Postural urinary incontinence	The complaint of urinary incontinence during change of posture or position, eg from supine or seated to standing
Disability associated incontinence	The complaint of urinary incontinence in the presence of a functional inability to reach a toilet/urinal in time because of a physical (eg orthopaedic, neurological) and/or mental impairment
Overflow incontinence	The complaint of urinary incontinence in the symptomatic presence of an excessively full bladder (no cause identified)
Sexual arousal incontinence	The complaint of involuntary loss of urine during sexual arousal, foreplay and/or masturbation
Climacturia	The complaint of involuntary loss of urine at the time of orgasm
Post-voiding incontinence	The complaint of a further involuntary passage (incontinence) of urine or dribbling following the completion of voiding

Impact of urinary incontinence

Urinary incontinence has a significant impact on the patient, family members and healthcare system. In men it has been less thoroughly investigated than incontinence in women, due to the assumption that male incontinence is less of a

problem socioeconomically and epidemiologically. However, urinary incontinence has a significant psychosocial impact in men, reducing their quality of life with abstinence from daily activities and higher rates of depression.

Every year around 100 million adult men are affected by incontinence worldwide. The prevalence of urinary incontinence in men increases with age, although prevalence rates are nearly half those of women in the same age group. However, men are also more reluctant to seek help for their incontinence problem compared with women. For example, in a population-based study conducted in the EU, 22% of men in the community who experience an episode of incontinence per week sought care, compared with 45% of women (Babecka 2021).

Cause of urinary incontinence in men

Urgency urinary incontinence is the most common cause of urinary incontinence in men. Patients typically experience a 'sudden and compelling desire to pass urine that is difficult to defer', which may result in urine leakage. Urgency urinary incontinence in men is typically associated with bladder overactivity (overactive bladder syndrome) and/or obstruction to urine flow as a result of benign prostatic enlargement (bladder outlet obstruction).

The specific mechanisms underlying urgency urinary incontinence are not completely understood. However, the pathophysiology involves involuntary bladder contractions (detrusor overactivity), which can be measured during urodynamic studies (Wilson, 2016). Detrusor overactivity could be due to a defect in afferent sensory signalling from the urinary tract, a defective central processing of these signals, and/or it can be a primary problem of the detrusor muscle. Other factors such as age, previous pelvic surgery and comorbidities such as diabetes and hypertension may also play a role in development of detrusor overactivity. However, only age has been shown to be an independent risk factor for bladder overactivity. Epidemiological studies demonstrate that symptoms of bladder overactivity increase with age, independent of other factors in both men and women.

Bladder outlet obstruction is shown to cause bladder overactivity. Research has demonstrated several mechanisms by which bladder outlet obstruction can cause detrusor activity. These include detrusor smooth muscle hypertrophy, hypertrophy of afferent and efferent nerves, and denervation hypersensitivity. Accordingly, clinical experience shows that prostate surgery for benign prostatic enlargement to relieve the outflow obstruction (namely, transurethral resection of the prostate), improves bladder overactivity symptoms in 70–80% of patients.

On the other hand, stress urinary incontinence in men almost invariably develops due to previous prostate surgery (post-prostatectomy incontinence). The most common cause of persistent stress urinary incontinence in men is radical prostatectomy, with incontinence rates between 10 and 25%. Other causes of stress incontinence in men could be severe pelvic trauma and neurological diseases that damage the external sphincter mechanism (Gulasova, Babecka, 2020).

Mechanisms underlying development of post-prostatectomy incontinence

Our understanding of how urinary incontinence develops after surgery for prostate cancer (radical prostatectomy) is still evolving. Although post-prostatectomy incontinence has been broadly explained to occur as a result of damage to the external urethral sphincter mechanism during surgery, slightly different mechanisms are probably

responsible for failure of sphincteric functions after surgery for benign disease and malignant disease.

Stress urinary incontinence after surgery for benign prostatic disease can be a result of direct damage to the external sphincter mechanism (the striated muscle), or the prostate surgery stimulates a pre-existing incompetence of the distal urethral sphincter after ablation of the proximal sphincter mechanism. Factors predisposing to distal sphincteric damage involve pelvic trauma, denervation from pelvic surgery, intervertebral disc disease and radical radiotherapy. The other factor is injury sustained during surgery, such as neural injury or sphincteric denervation.

Different mechanisms play a role in the development of urinary incontinence after surgery for prostate cancer. Recent advancements in robotic surgeries have probably improved our understanding of the pathophysiology of post-prostatectomy incontinence. Research has shown that perioperative factors such as membranous urethral length, reconstruction of periurethral support structures, preservation of bladder neck and the neurovascular bundles also play a key role in development of urinary incontinence after radical prostatectomy.8 Patient-related factors such as age, body mass index (BMI), prostate size and presence of other functional bladder problems before surgery have also been thought to play a role. The external sphincter mechanism is often not damaged following radical prostatectomy (Gulasova, Babecka, 2020).

Methods

The article meeting the criteria for inclusion in this appraisal were evaluated and entered into the Synthesis Matrix. The study findings that answered the research question were assessed and grouped into therapies. A critical appraisal of the literature sought to determine best practices in the treatment of male UI. An evidence table served as a guide to answer the study question "What are the most current and best evidence-based practice treatments for males with Urinary Incontinence?" The elements within the table included evidence type, sample size, study findings that helped answer the research question, limitations, and evidence rating. The sources included Medline (PubMed), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINHAL), PsycINFO, Cochrane Library, ProQuest, DynaMed, Google Scholar, Arctic Health Publications Database, and Nursing Commons.

Results

Urgency urinary incontinence. The first-line treatment of urgency urinary incontinence involves bladder retraining and behavioural therapy. If these measures fail, anticholinergic therapy can be used. In cases where medical therapy fails, the treatment options include intradetrusor botulinum toxin injections or neuromodulation.

Stress urinary incontinence. First-line treatment for men with stress urinary incontinence is conservative. This involves behavioural therapy and pelvic floor muscle training/pelvic physiotherapy. Behavioural interventions are mostly supportive measures in this setting that mainly involve weight loss for patients with a high BMI. Surgical treatment can be considered if conservative measures fail. Generally, any

surgical intervention is postponed for 6–12 months after surgery. Surgical treatment options include peri-urethral bulking agents, urethral slings and artificial urinary sphincters. Artificial sphincter is the gold standard treatment option for post-prostatectomy incontinence, with continence rates after surgery being more than 80%.

Mixed urinary incontinence has components of both urgency and stress incontinence. Management first requires the clinician to determine the most bothersome complaint of the patient. It often involves a combination approach by a specialist, as the treatment of one may make the other worse. Continuous urinary incontinence. It may suggest the development of a fistula between the urethra beyond the distal sphincteric mechanism, or a grossly deficient sphincteric mechanism leading to no restriction of flow. Management of this condition involves surgery or continence devices.

Behavioral Therapies in the treatment of UI

Much of the literature substantiates the use of Behavioral Therapy as first-line treatment of UI in males (Babecka, 2020). These treatments have been found to be the least invasive and have few side effects (Vansac, 2019).

Behavioral interventions for UI in men with prostate diseases were examined in ten studies. The continence rates in the control groups increased to more than 62% across all trials after the intervention (Markland et al., 2010).

A treatment plan starts with lifestyle modifications;

- reducing caffeine and carbonated drinks,
- avoiding constipation by eating well,
- and establishing a predictable bowel pattern that would also avoid straining (Fawcett, 2014).

Despite the documented usefulness of Behavioral Therapies, these lifestyle modifications may not be enough. Considering another strategy, Pelvic Floor Exercises (PFE) can be taught to men with leakage or over-activity symptoms (Fawcett, 2012). Moore and Lucas (2010) found that PFE reduced the frequency and amount of UI and the time to reach a continent state.

However, Moore and Lucas also concluded that PFE has limited benefits in patients with severe UI and there is no long-term benefit of PFE training as continence rates leveled after one year. According to Shelly (2016), individualized PFE training can significantly improve symptoms of prolapse and incontinence, but it can be difficult for patients to learn how to isolate these muscles to exercise them properly. Therefore, many patients who are affected by Pelvic Floor Muscle dysfunctions, requiring skilled therapy for successful rehabilitation (Shelly, 2016).

Besides PFE, Stothers et al. (2010) found biofeedback and bladder training to be useful as additional noninvasive, behavioral options. They may be used both for cognitively impaired/institutionalized patients and for independently living, cognitively-aware geriatric patients able to participate in learning new skills. There is a considerable body of scientific evidence supporting the effectiveness of behavioral therapy, but most subjects in the studies were women (Stothers et al., 2010).

Another method of **training included timed or scheduled voiding**. According to Testa (2015), voiding empties the bladder before incontinence can occur and limits the amount of urine in the bladder affected by stress

movements. Voiding on a routine schedule, allows the bladder to fill while avoiding distention and resulting UI. Timing of the void can be individualized to best match an individual's habits and schedule (Testa, 2015).

Finally, adjustments in lifestyle can significantly impact the incidence of UI in adults. Testa (2015) further stated that weight loss has shown to improve UI in obese women because extra abdominal weight places greater force on the bladder. Smoking tobacco contributed to UI through irritating effects on the bladder and increased abdominal pressure during times of respiratory infections and cough. Balancing fluid intake involved achieving appropriate daily consumption while limiting fluids before bedtime; however, older individuals with UI should not be severely fluid restricted due to risk of dehydration and hypotension (Testa, 2010). First-line management plans should include behavioral therapy with lifestyle adjustments followed by pharmacologic treatment (Popovicova et al., 2021).

Pharmacological Therapy in the treatment of UI

Stothers et al., (2010) found that anticholinergic drugs such as oxybutynin and tolterodine were effective in treating incontinence. Anticholinergic medications, which competitively bind to muscarinic cholinergic receptors (M2/M3) on the bladder, decreased the intensity of bladder contractions and urgency (Testa, 2010). While these medications improved UI symptoms, inhibition of M receptors outside of the bladder may cause unwanted side effects in the older adult, such as blurred vision, dry eyes, dry mouth, constipation, tachycardia, and cognitive impairment. Therefore, anticholinergic medications should be strictly regulated in the geriatric patient, started at the lowest possible dose and discontinued if poorly tolerated (Testa, 2010).

Other pharmacologic treatments for UI included antidepressants, muscarinic antagonists, and adrenergic antagonists (Markland et al., 2010). Medications with alpha agonistic properties have been shown to mildly increase the tone of the urethral sphincter. However, such medications have been used off-label because the clinical efficacy of these drugs in UI is limited (Testa, 2010). And recently, a new class of medication for overactive bladder (OAB) has been approved by the FDA. While anticholinergics work by blocking the muscarinic receptors of the detrusor muscle, these medications often have bothersome systemic side effects, including dry mouth, constipation, and confusion. The bladder also contains β -3 adrenoreceptors that promote active relaxation of the detrusor muscle. A β -3 agonist, mirabegron, has been developed and has been approved for use and has an indication for OAB (Weber, 2015).

The drug duloxetine with proven efficacy in females with UI seems to be effective in male UI as well. Duloxetine, a selective serotonin-noradrenalin reuptake inhibitor, is a recognized pharmacological therapy used in the management of UI (Moore and Lucas, 2010). Although studies of duloxetine are limited, evidence does suggest that there might be a place for this drug in the management of men with stress UI in the future. Duloxetine does not have FDA approval for SUI and has been used off label. (Tsarkis et al, 2008). Additionally, some patients complained of severe side effects, mainly massive fatigue or insomnia (Moore and Lucas, 2010).

Containment

Containment is a necessary aspect of incontinence care, and at times it is the only management option (Babecka, 2021). Containment is necessary where other treatments have failed, and skin integrity is at risk (Belovicova, Vansac, 2019). Where containment is the only option to manage male urinary incontinence, options available include the following:

- Washable boxer shorts/YFronts
- Body-worn pad
- Mesh Pants
- Dribble Pouches
- Conduction Aids

In her opinion article, Wilson (2016) described incontinence pads as preventing urine from contaminating clothing, furniture, and bedding, thereby allowing the individual to keep the symptoms private. Pad selection depended on the amount of urine loss and when, during the day and night, it is experienced. She posited "it is the role of the assessor, guided by the patient, alongside the information gathered during the assessment, to make the appropriate choice". The patient should use the smallest pad that is suitable for urine loss. Another option is washable pads and pants; they are particularly appropriate where patients experience skin reactions to disposable pads. For men, there are various disposable and washable dribble pouches, worn over the penis. There are also disposable pads and washable, stay-dry sheets available, for the bed and the chair (Gulasova, Babecka, 2020).

Internal Appliances in the treatment of UI

The use of internal appliances in the treatment of UI becomes more invasive than previous options. Barrie (2016) and Smart (2014) suggest internal appliances, such as various forms of catheterization (indwelling or suprapubic catheters and Intermittent Self-Catheterization (ISC)), should only be used as a last resort when conservative treatment measures have failed as they often cause complications. This is because indwelling catheters, in particular, can cause infection, blocking, bypassing and discomfort along with an increased risk of urosepsis and symptomatic UTIs. Suprapubic catheterization eliminated trauma and was more acceptable to those who were sexually active, but this was often not appropriate for those with cognitive impairment as there was a tendency to pull at the catheter. ISC was the most suitable option for those with incomplete bladder emptying (Barrie, 2015).

According to Hollander and Gonzalez (2012), men who suffered from UI that was non-obstructed but had high post-void residuals included groups with detrusor underactivity and impaired contractility. The new β -3 adrenoreceptor agonists might also be effective in this population, although this has not been investigated (Hollander and Gonzalez, 2012). Although indwelling catheters are the last resort for managing UI, they are necessary for problems in bladder emptying, where intermittent catheterization is not an option, and allow urine drainage, thus managing overflow UI (Wilson, 2016).

External Appliances in the treatment of UI

Penile clamps and condom catheters are occasionally used but are not considered socially acceptable and can be a

source of anxiety and discomfort (Moore & Lucas, 2010). Alternatively, Wilson (2014) showed external appliances such as urinary sheaths could be a viable option.

They offered a practical, cost-effective alternative to pads, pants, and the indwelling catheter. They were suitable for men with moderate-to-severe urinary incontinence, and those who experienced urgency and frequency and found it difficult to get to the toilet in time. Although latex sheaths are still available, the majority are made of latex-free (silicone) material. They come in one- or two-piece types and have variable penile circumference sizes and standard and short lengths, so individual measurement is essential (Wilson, 2015). Smart (2014) states that the urinary sheath, if used correctly, is a safe, discreet, convenient and comfortable method of managing male incontinence and compares favorably with pads and indwelling catheters.

Compared with pads, the urinary sheath was more hygienic, comfortable, cost-effective and more environmentally friendly. As the sheath directed urine away from the body, there was less likelihood of skin excoriation and infection, and there was less urine odor, as it is not exposed to air when the pad is full or has leaked onto clothing. Compared with indwelling catheters, the risk of urinary tract infection (UTI) is substantially reduced. A study involving 75 hospitalized men aged over 40 years old, without dementia, concluded that patients with an indwelling catheter were five times more likely to develop bacteriuria, symptomatic UTI or to die as those who used a urinary sheath (Smart 2014).

Smart (2014) stated that some men, although eager to use a sheath, were unable to do so because of allergy or retraction. An alternative to the utilization of a sheath is CliniMed's Bioderm; a product also appropriate for men experiencing frequent erections. Manufactured from hydrocolloid and latex free, it can remain in place for three days; one size fits all, and it connects to the urine drainage bag. Bioderm is appropriate for both circumcised and uncircumcised men, providing the foreskin will retract. Also available are body-worn urinals. Pubic pressure urinals are fitted when the patient has a retracted penis; the application of pubic pressure, exerted by a flange held firmly over the pubic area by groin and waist straps, extends the penile length. The appliance may have its own urine-collecting cone, or allow attachment of a non-adherent sheath. In her experience, some men wear an appliance only for going out and then do not have to remove an adhesive sheath on returning home (Smart, 2014).

Electrical Stimulation in the treatment of UI

Among the various conservative treatments that can be used to treat urinary incontinence, Functional Electrical Stimulation (FES) has been proposed as a promising alternative (Terzoni et al., 2015). This treatment is administered through anal probes or surface electrodes placed in the perineal area. Electrical impulses are produced by a dedicated machine, relayed by the probe or the electrodes, and transmitted to the muscles through afferent nerve fibers (Terzoni et al., 2015).

According to Hollander and Gonzalez (2010), electrical stimulation of the sacral nerve roots (S3-S4) is approved by the Food and Drug Administration (FDA) for urinary urge incontinence, urinary frequency syndrome, and incomplete and

complete non-obstructive retention. Additionally, Terzoni et al. (2015) stated that when UI was present after radical prostatectomy, FES could be used to reduce urine leakage. When some patients had difficulty in performing PFE, and did not obtain clinically significant results, FES was helpful. There is a need to verify if FES can reduce urine leakage in patients who do not benefit from PFE as obtained mid-term data regarding the persistence of the results through was mixed (Terzoni et al., 2015).

Combined Therapies in the treatment of UI

Stother (2010) suggested that using combinations of strategies in men following prostatectomy has yielded inconsistent results. In some cases, where researchers studied PFE alone and in combination with electrical stimulation versus no treatment following prostatectomy they found no difference in UI among groups. In a randomized controlled trial of electrical stimulation followed by biofeedback and PFM exercises versus no treatment in 30 men with detrusor hyperreflexia associated with multiple sclerosis, there was a significant improvement in subjective symptoms in the male group only, providing another option in specialized circumstances (Stother, 2010).

Evidence-Based UI Recommendations

This project provides an overview of male UI treatment strategies and their effectiveness: To treat a male with UI in the outpatient setting, a comprehensive history and physical exam is the first step. The exam should include a 72-hour bladder diary, completion of the International Prostate Symptom Score (I-PSS), and a Post Void Residual (PVR) test. This information will provide the basis for recommendations for future treatment options. Diagnostic work up includes a comprehensive urinalysis and basic metabolic panel (BMP), and a prostate specific antigen (PSA) test will be added if the patient is over 50 or demonstrates overflow incontinence or has an abnormal prostate exam. The results of these tests will determine the UI type and the treatment options.

If the patient has a PVR over 200 mL, overflow incontinence is diagnosed. However, a PVR greater than 200 to 300 mL does not in itself require treatment in the absence of symptoms or recurrent infection. Management typically involves an indwelling urinary catheter or clean intermittent catheterization in addition to medication management. A referral to urology is the best course of action for overflow incontinence (Hollier, 2016).

A patient may also present with complications such as recurrent or total incontinence or they admit to UI mixed with pain, hematuria, recurrent infection, prostate irradiation or radical pelvic surgery. In this situation, they must be referred to a Urologist. Any other abnormality should also be referred.

The results of the patient history will determine if the UI is stress, urge, or mixed. A diagnosis of stress, urge or mixed incontinence will lead to a discussion of treatment options with the patient specific to the etiology. Urological experts suggest lifestyle changes as the first option as they have

shown great promise in male UI treatment. These changes include weight loss, dietary changes, biofeedback, bladder training and PFE. Other options may be considered, but less desirable are containment products or medications such as antimuscarinics, or α -adrenergic antagonists.

Failure of any of these treatment options requires a more specialized treatment approach.

Once again, referring to the patient's history, if patients present with post-prostatectomy incontinence or with urgency/frequency, then the NP may consider referral to a Urologist for urodynamics and imaging of the urinary tract to further refine the source of the issue. Urethrocytoscopy is an option if indicated (Lobchuk, et al., 2014).

If the results of these tests show stress incontinence due to sphincteric incompetence, then an appliance such as an artificial urinary sphincter or male sling is indicated. If urgency incontinence is diagnosed due to detrusor over-activity, then there are several options. First, with no other reported symptoms, electrical stimulation is first line (Mathur, 2016). Secondly, if the detrusor over-activity coexists with bladder outlet obstruction, then α -blockers, antimuscarinics, or referral to a urologist for surgery correction of the bladder outlet obstruction is indicated. And finally, if the detrusor over-activity coexists with underactive detrusor during voiding, then intermittent catheterization or antimuscarinics are called for. Signs of mixed incontinence should lead to treating the major component first (Utomo, 2015).

These treatment options are within the scope of practice for the nurse practitioner in primary care. Trying first line options allows the patients to consider or implement treatment options before seeing a specialist. Often family practitioners are asked for low-cost options during the patient discussion; the nurse practitioner can provide viable options (Allapattu, et al., 2016).

The recommendations, based on the strength of evidence, showed behavioral modification as the most widely used and most successful therapy. Prescribing medication was shown to be a viable (although less common) alternative treatment option. Containment devices, internal and external appliances were recommended at a similar rate, but were shown to be used even less often. Finally, the use of electrical stimulation and combined therapies were shown to be the least proven (Babečka, et al., 2021).

Conclusions

Urinary incontinence in men can be debilitating for the individual. The psychosocial impact of the condition can vary and should be assessed before a tailored treatment is planned. Classification of urinary incontinence can help better identify the underlying causes and guide clinical management, although quite often patients present with complex symptoms that do not typically fit into any type of definition. The initial assessment of urinary incontinence in men should take into account the red flag signs. Readers are strongly advised to review recent guidelines on male lower urinary tract symptom.

References

1. Alappattu, M., Neville, C., Beneciuk, J., & Bishop, M. (2016). Urinary Incontinence Symptoms and Impact on Quality of Life in Patients Seeking Outpatient Physical Therapy Services. *Physiotherapy Theory and Practice*, 32(2), 1-6.
2. Babecka, J. (2021). Urinary incontinence and BTL EMSELLA TM. In: *Ukrajina. Zdorovja naciji: naukovo-praktyčnyj žurnal.* – Kyjiv (Ukrajina) : Ukrajin'skij instytut stratehičnyh doslidžeń Ministerstva ochoroni zdorovja Ukrajinjy. 4 (66), 2021, s. 89-91.
3. Babečka, J., Popovičová, M., Belovičová, M., & Snopek, P. (2021). Preferred methods of treating obesity in late adulthood and senior age. *Clinical Social Work and Health Intervention*.
4. Belovičová, M. (2019). Physiotherapy as a part of a complex non-pharmacological treatment of obesity in medical spa environment. *Україна. Здоров'я нації*, 146.
5. Belovičová, M., & Vansač, P. (2019). Selected aspects of medical and social care for long-term ill persons. *Towarzystwo Słowaków w Polsce*.
6. Gulasova, I., Babecka, J. (2020). Kvalita života seniorov s inkontinenciou moču. Vyd.: TYPI UNIVERSITAS TYRNAVIENSIS v Trnave, 1. vyd., 2020, s 175.
7. Hollier, A., (2016). *Clinical guidelines in primary care* (2nd ed). Lafayette, LA. Advanced Practice Education Associates Inc.
8. Kececioğlu, M., (2015) Surgical Management of Urinary Stress Incontinence. *Medicine Science International (Online)*, 5(1), 1-11.
9. Lobchuk, M., & Rosenberg, F. (2014). A comparison of affected individual and support person responses on the impact of urinary incontinence on quality of life. *Urologic Nursing*, 34(6), 291-302.
10. Mathur, P., Mathur, P. & Soni, M. (2016). An Observational study of the effect on quality of life in perimenopausal females suffering from urinary incontinence. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*, 5 (2), 448-451.
11. Neumann, P., Fuller, A., & Sutherland, P. (2015). Verbal pelvic floor muscle instructions pre-prostate surgery assessed by transperineal ultrasound: Do men get it? *Australian & New Zealand Continence Journal*, 21(3), 84-88 5p.
12. Popovičová, M., Belovičová, M., Snopek, P., & Babečka, J. (2021). Key predictors of overweight and obesity in adult population. *Clinical Social Work and Health Intervention*.
13. Terzoni, S., Montanari, E., Mora, C., Ricci, C., Sansotera, J., Micali, M., &... Destrebecq, A. L. (2015). Electrical stimulation for post-prostatectomy urinary incontinence: is it useful when patients cannot learn muscular exercises? *International Journal of Urological Nursing*, 9(1), 29-35 7p.
14. Testa, A. (2015). Understanding Urinary Incontinence in Adults. *Urologic Nursing*, 35(2), 82-86 5p.
15. Teunissen, D. T., Stegeman, M. M., Bor, H. H., & Lagro-Janssen, T. A. (2015). Treatment by a nurse practitioner in primary care improves the severity and impact of urinary incontinence in women. An observational study. *BMC urology*, 15(1), 1.
16. Utomo, E., Korfage, I. J., Wildhagen, M. F., Steensma, A. B., Bangma, C. H., & Blok, B.F. (2015). Validation of the urogenital distress inventory (UDI-6) and incontinence impact questionnaire (IIQ-7) in a Dutch population. *Neurourology and urodynamics*, 34(1), 24-31.
17. Vansač, P. (2019). Social intervention through ergotherapy in retirement home. *Україна. Здоров'я нації*, (2), 145-146.
18. Vaughan, C. P., Goode, P. S., Burgio, K. L., & Markland, A. D. (2011). Urinary incontinence in older adults. *Mount Sinai Journal of Medicine: A Journal of Translational and Personalized Medicine*, 78(4), 558-570.
19. Weber, B. A., & Roberts, B. L. (2015). Refining a Prostate Cancer Survivor's Toolkit. *Urologic Nursing*, 35(1), 22-29 8p.
20. Wilson, M. (2015). Assessing and treating urinary incontinence in men. *British Journal of Community Nursing*, 20(6), 268-270 3p.
21. Wilson, M. (2016). Urinary incontinence: considering the physical and psychological implications. *British Journal of Community Nursing*, 21(5), 222-224 2p.

Дата надходження рукопису до редакції: 21.01.2022 р.

The study analyzes the treatment of male urinary incontinence.

Methods. The article meeting the criteria for inclusion in this appraisal were evaluated and entered into the Synthesis Matrix. The study findings that answered the research question were assessed and grouped into therapies.

Results. The first-line treatment of urgency urinary incontinence involves bladder retraining and behavioural therapy. If these measures fail, anticholinergic therapy can be used. In cases where medical therapy fails, the treatment options include intradetrusor botulinum toxin injections or neuromodulation. First-line treatment for men with stress urinary incontinence is conservative. This involves behavioural therapy and pelvic floor muscle training/pelvic physiotherapy. Behavioural interventions are mostly supportive measures in this setting that mainly involve weight loss for patients with a high BMI. Surgical treatment

can be considered if conservative measures fail. Generally, any surgical intervention is postponed for 6–12 months after surgery. Surgical treatment options include peri-urethral bulking agents, urethral slings and artificial urinary sphincters. Artificial sphincter is the gold standard treatment option for post-prostatectomy incontinence, with continence rates after surgery being more than 80%. Mixed urinary incontinence has components of both urgency and stress incontinence. Management first requires the clinician to determine the most bothersome complaint of the patient. It often involves a combination approach by a specialist, as the treatment of one may make the other worse. Continuous urinary incontinence. It may suggest the development of a fistula between the urethra beyond the distal sphincteric mechanism, or a grossly deficient sphincteric mechanism leading to no restriction of flow. Management of this condition involves surgery or continence devices.

Conclusions. Urinary incontinence in men can be debilitating for the individual. The psychosocial impact of the condition can vary and should be assessed before a tailored treatment is planned. Classification of urinary incontinence can help better identify the underlying causes and guide clinical management, although quite often patients present with complex symptoms that do not typically fit into any type of definition.

Key words: urinary incontinence, men, therapy.

У дослідженні аналізується лікування нетримання сечі у чоловіків.

Методи. Статті, які відповідають критеріям для включення до цієї оцінки, були оцінені та внесені до матриці синтезу. Результати дослідження, які відповідали на питання дослідження, були оцінені та згруповані в методи лікування.

Результати. Лікування першої лінії ургентного нетримання сечі включає тренування сечового міхура та поведінкову терапію. Якщо ці заходи не приносять результатів, можна застосувати антихолінергічну терапію. У випадках, коли медична терапія не приносить результатів, варіанти лікування включають інтрадетрузорні ін'єкції ботулотоксину або нейромодуляцію. Лікування першої лінії для чоловіків із стресовим нетриманням сечі є консервативним. Це включає поведінкову терапію та тренування м'язів тазового дна/фізіотерапію тазових органів. Поведінкові втручання є переважно підтримуючими заходами в цій ситуації, які в основному передбачають втрату ваги для пацієнтів з високим ІМТ. Хірургічне лікування можна розглянути, якщо консервативні заходи не принесли результату. Як правило, будь-яке хірургічне втручання відкладається на 6–12 місяців після операції. Варіанти хірургічного лікування включають периуретральні наповнювачі, уретральні стропи та штучні сечові сфінктери. Штучний сфінктер є золотим стандартом лікування нетримання сечі після простатектомії, при цьому частота утримання після операції становить понад 80%. Змішане нетримання сечі має компоненти як ургентного, так і стресового нетримання. Лікування спочатку вимагає від клініциста визначити найбільш неприємну скаргу пацієнта. Часто це передбачає комбінований підхід спеціаліста, оскільки лікування одного може погіршити інший. Постійне нетримання сечі. Це може свідчити про розвиток нориці між уретрою за межами дистального сфінктерного механізму або серйозну недостатність сфінктерного механізму, що призводить до відсутності обмеження потоку. Лікування цього стану включає хірургічне втручання або пристрої для утримання.

Висновки. нетримання сечі у чоловіків може бути виснажливим для людини. Психосоціальний вплив стану може змінюватися, і його слід оцінити перед плануванням спеціального лікування. Класифікація нетримання сечі може допомогти краще визначити основні причини та керувати клінічним лікуванням, хоча досить часто пацієнти мають складні симптоми, які зазвичай не підходять під жодне визначення.

Ключові слова: нетримання сечі, чоловіки, терапія.

Відомості про автора

Babecka Jozef – Catholic university in Ruzomberok, Faculty of Health, Slovakia.
jozef.babecka@ku.sk.

Примітка. У статтях збережено орфографію, пунктуацію та стилістику авторів.

ДО ВІДОМА АВТОРІВ

Редакція журналу «Україна. Здоров'я нації» запрошує Вас до активної співпраці!

Тематична спрямованість журналу: здоров'я населення та його перспективи; проблеми демографічного розвитку; організація медичної допомоги; боротьба із соціально небезпечними хворобами; правове забезпечення охорони здоров'я; права та захист пацієнта і лікаря; управління охороною здоров'я; розвиток національної системи охорони здоров'я; сільська медицина; розвиток приватного сектору; розвиток стандартизації медичної допомоги; економіка охорони здоров'я; соціальні проблеми охорони здоров'я; доказова медицина; медичні кадри; проблеми медичної освіти; формування здорового способу життя; проблеми екології та охорони здоров'я; міжнародний досвід розвитку охорони здоров'я; історія медицини; фармація: на шляху до міжнародних стандартів; наукова дискусія; ювілей науково-дослідної установи; офіційна інформація; корпоративна інформація.

До редакції (за адресою: м. Київ, 02099, пров. Волго-Донський, 3, отримувач ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України») подаються роботи, що **раніше ніде не друкувалися, не направлялися для опублікування в інші друковані видання, не мають інформації, що становить державну таємницю:** оригінальні статті, огляди літератури, короткі повідомлення, рецензії, реферати, інформація про роботу з'їздів, конференцій, симпозіумів, нарад, семінарів та інших наукових, науково-практичних і практичних заходів.

Правила подання матеріалу для опублікування

До друку приймаються наукові статті українською чи англійською мовами, які містять такі необхідні елементи:

Шифр УДК

Далі (українською та англійською мовами):
Автор(-и) (ім'я (ПІБ), місце роботи, місто, e-mail)
Назва публікації

Вступ

Постановка проблеми у загальному вигляді, аналіз останніх (за останні 10 років) досліджень та публікацій, в яких започатковано розв'язання даної проблеми і на які спирається автор, визначення невіршених раніше частин загальної проблеми.

Мета дослідження

Містить до 3-х речень, в яких сформульовано яку проблему або гіпотезу вирішує автор і з якою метою.

Матеріали та методи

Включає в себе докладний виклад об'єкту, обсягів, терміну, методик дослідження.

Даний розділ повинен містити максимальну інформацію – це необхідно для подальшого можливого відтворення результатів іншими дослідниками, порівняння результатів аналогічних досліджень та можливого включення даних статті в мета-аналіз. Вказується дотримання етичних принципів при проведенні дослідження.

Наприкінці виділяється підрозділ «Обробка даних», в якому вказується, якими методами обробки даних користувався автор.

Результати дослідження та їх обговорення

Їх слід представляти в логічній послідовності без літературних посилань. Дані наводяться чітко, у вигляді коротких описів з графіками, таблицями та рисунками.

Слід виділити нові і важливі аспекти результатів проведеного дослідження, проаналізувати можливі механізми або тлумачення цих даних, по можливості зіставити їх з даними інших дослідників.

Не слід повторювати відомості, що вже були вказані в розділі «Вступ». В обговорення можна включити обґрунтовані рекомендації для практики і можливе застосування отриманих результатів у майбутніх дослідженнях.

Перспективи подальших досліджень

2–3 речення, в яких вказується напрям дослідження, яке планує провести автор за темою статті.

Висновки

Навести підсумок виконаної роботи: що отримано, про що це може свідчити або що може означати, чому служить і які розкриває можливості. Відобразити перспективи використання результатів.

Література

Список літератури оформляється без скорочень мовою оригіналу і з транслітерацією. Автори подаються в порядку згадування, транслітерацією, згідно з вимогами Ванкуверського стилю. Посилання в тексті вказуються цифрами у квадратних дужках. Список має включати не менше 5 джерел за останні 10 років.

Список використаних джерел відповідно до ДСТУ можна оформити відповідно до вимог ДАК України автоматично.

Для активного включення статей наукового фахового видання в обіг наукової інформації та коректного індексування публікацій наукометричними системами необхідно після наведення списку використаних джерел в кожній публікації наводити блок REFERENCES, який повторює список джерел з латинським алфавітом, та наводить список кирилических джерел у транслітерованому вигляді. Цитування у блоці References повинні бути оформлені за Ванкуверським стилем.

Анотація (українською та англійською мовами)

Обсяг не більше 250 слів (не більше 1 500 знаків) – приблизно 0,5 сторінки, повинна включати такі пункти:

- Мета наукового дослідження
- Матеріали та методи дослідження
- Результати дослідження
- Висновки (які основні результати дослідницької наукової роботи)
- Ключові слова: не менше 3 та не більше 8.

На останній сторінці тексту повинні бути вказані дані про авторів: прізвище, ім'я та по батькові автора, науковий ступінь, наукове звання, місце роботи та посада, поштову адресу, номер телефону (службовий), електронна адреса, ORCID ID. Вказуються дані про конфлікт інтересів авторів.

Текст друкується через 1,5 інтервали, без переносів, розмір шрифту 14 у Times New Roman в редакторі Microsoft WORD. Відступ абзацу – 1,25 см знаком табуляції. Поля: зліва і справа 2,5 см, зверху і знизу 2,0 см. Електронні варіанти статей надсилаються на електронну пошту – g.slabkiy@ukr.net, а друковані варіанти (підписані всіма авторами) з офіційним направленням – на адресу: 02099, м. Київ, провулок Волго-Донський, 3. Обов'язкове направлення як електронного так і друкованого варіантів статей.

Статті рецензуються провідними фахівцями за профілем статті та проходять перевірку за ліцензованою програмою «Антиплагіат».

Оплату за публікацію статті здійснювати після отримання підтвердження про її прийняття до друку.

Редакційна рада