



ДЕРЖАВНИЙ ЗАКЛАД  
ЗАПОРІЗЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ  
ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ  
МОЗ УКРАЇНИ

# СУЧАСНІ

# МЕДИЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ

український науково-практичний журнал

## ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

**Prevention of adolescent risk behavior, cyberbullying  
and various forms of violence against them through  
the use of modern internet technologies**

**Identification of priority measures to optimize the quality  
of life of children with obesity based on the study  
of the main aspects of the problem**

**Аналіз динаміки дитячого травматизму в Україні**

**Сучасні організаційно-методичні підходи  
до забезпечення населення з особливими потребами  
медико-соціальними послугами**

## ОГЛЯДИ ЛІТЕРАТУРИ, ЛЕКЦІЇ

**Роль наукових досліджень у вивченні  
та покращенні здоров'я дитячого населення**

**Фактори ризику, пов'язані з виникненням ранніх ускладнень  
гострого інфаркту міокарда  
після кардіоінтервенційного лікування**



**Державний заклад**  
**«ЗАПОРІЗЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ**  
**ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ**  
**Міністерства охорони здоров'я України»**

**90 РОКІВ ПЛІДНОЇ ПРАЦІ**



*Ми завжди відкриті до співпраці та пишаємося досягненням колег, які пройшли підготовку в нашій академії – видатних лікарів, науковців, організаторів охорони здоров'я.*

*Ректор ДЗ «ЗМАПО МОЗ України»,  
професор Никоненко О. С.*

ISSN 2072-9367

№ 2 (45), 2020

Modern Medical Technology

Заснований у 2008 році  
Регістраційне свідоцтво  
КВ №14053-3024Р  
від 19.05.2008 р.

**Засновник:**

ДЗ «Запорізька медична  
академія післядипломної освіти  
МОЗ України»

Згідно з наказом Міністерства  
освіти і науки України  
06.03.2015 № 261  
журнал включено до Переліку  
наукових фахових видань  
України, в яких можуть  
публікуватися результати  
дисертаційних робіт на здобуття  
наукових ступенів доктора  
і кандидата наук

Рекомендовано  
Вченою Радою ДЗ «ЗМАПО  
МОЗ України»  
Запоріжжя

Протокол № 2 від 27.02.2020 р.

**Друк:**

СВС Гриценко І. Я.  
Україна, 69096, м. Запоріжжя,  
вул. проф. Толока, 18/23  
Свідоцтво ДК № 4516 від  
02.04.2013 р.

**Адреса для листування:**

Редакція журналу  
«Сучасні медичні технології»  
69096 м. Запоріжжя,  
бул. Вінтера, 20,  
Тел/факс: (061) 289-80-82  
E-mail: mmtzmapo@gmail.com

Відповідальність за добір та  
викладення фактів у статтях  
несуть автори, за зміст рекламних  
матеріалів — рекламодавці.  
Передрук опублікованих статей  
можливий за згодою редакції  
та з посиланням на джерело

© «Сучасні медичні технології», 2020  
www.zmapo-journal.com.ua



# СУЧАСНІ МЕДИЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ

український науково-практичний журнал

Державний заклад  
«Запорізька медична академія післядипломної освіти  
Міністерства охорони здоров'я України»

Головний редактор: Никоненко О. С. (Запоріжжя)

**РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ:**

Заступник головного редактора: Шаповал С. Д.

|   |                               |
|---|-------------------------------|
| Березницький Я. С. (Дніпро)                 | Лоскутов О. Є. (Дніпро)       |
| Бойко В. В. (Харків)                        | Луценко Н. С.<br>(Запоріжжя)  |
| Бучакчийська Н. М.<br>(Запоріжжя)           | Малекас А.<br>(Каунас, Литва) |
| Владіміров О.О.<br>(Лондон, Великобританія) | Масія Ж.                      |
| Воронцова Л. Л. (Запоріжжя)                 | (Барселона, Іспанія)          |
| Гриценко С. М. (Запоріжжя)                  | Імшенецька Т. О.              |
| Гук І. І. (Відень, Австрія)                 | (Мінськ, Білорусь)            |
| Білянський Л.С.                             | Милиця М. М. (Запоріжжя)      |
| Коваленко В. М. (Київ)                      | Ничитайло М. Ю. (Київ)        |
| Ковальов О. О. (Запоріжжя)                  | Овчаренко Л. С. (Запоріжжя)   |
| Колесник Ю. М. (Запоріжжя)                  | Русин В.І. (Ужгород)          |
| Доценко М.Я. (Запоріжжя)                    | Усенко О. Ю. (Київ)           |
| Лаврик А.С. (Київ)                          | Фомін П. Д. (Київ)            |
| Лазоришинець В. В. (Київ)                   | Фуркало С. М. (Київ)          |
| Лашкул З. В. (Запоріжжя)                    | Фуштей І. М. (Запоріжжя)      |
| Леонов В. П. (Томск, Росія)                 | Ярешко В. Г. (Запоріжжя)      |

Секретарі: Дмитрієва С. М., Рязанов Д. Ю.

Відповідальний секретар: Каширін В. О.

## ЗМІСТ

**4 Оригінальні дослідження**

- 4 Профілактики ризикової поведінки підлітків, кібербулінгу та різних форм насилля по відношенню до них через застосування сучасних інтернет-технологій  
*Лашкул З. В., Курган А. П.*
- 11 Тренінги для батьків з формування навичок ефективної взаємодії з дітьми як засіб профілактики ризикової поведінки дітей та підлітків  
*Ярова Л. Д.*
- 17 Ефективність лікування хіміорезистентного туберкульозу у хворих на ВІЛ в Запорізькій області за 2013–2017 роки  
*Сагайдак Т. К., Скороходова Н. О., Ахтирський О. І.*
- 23 Визначення пріоритетних заходів щодо оптимізації якості життя дітей з ожирінням на основі вивчення основних аспектів проблеми  
*Огнєв В. А., Помогайбо К. Г.*
- 27 Деякі аспекти наслідків небезпечної поведінки дитячого населення України  
*Донік О. М., Литвинова Л. О., Гречишкіна Н. В.*
- 32 Готуємо магістрів громадського здоров'я  
*Миронюк І. С., Слабкий Г. О., Білак-Лук'янчук В. Й., Кручаниця В. В.*
- 40 Розміри жовчного міхура у хворих на гіпертонічну хворобу з ожирінням та гіпотиреозом: кореляційний аналіз  
*Стрільчук Л. М., Оленич Л. В., Радченко О. М.*
- 44 Проблема вживання алкогольних та слабоалкогольних напоїв в підлітковому віці  
*Краснова О. І., Плужнікова Т. В., Краснов О. Г.*
- 49 Аналіз динаміки дитячого травматизму в Україні  
*Литвинова Л. О., Донік О. М., Гречишкіна Н. В.*
- 54 Формування здорового способу життя у підлітків  
*Харченко Н. В., Харченко С. В.*
- 59 Сучасні організаційно-методичні підходи до забезпечення населення з особливими потребами медико-соціальними послугами  
*Слабкий Г. О., Миронюк І. С., Кабацій Н. О., Левко Л. В.*
- 65 Аналіз показників діяльності дитячої стоматологічної служби Полтавської області (2014–2016 роки)  
*Ляхова Н. О.*
- 69 Ступінь ефективності дії програми психогігієнічної корекції процесів формування особливостей особистості та покращення якості життя юнаків і дівчат на провідні характеристики адаптаційних можливостей їх організму  
*Сергета І. В., Тимощук О. В.*

**72 Огляди літератури, лекції**

- 72 Психологічні аспекти надання якісної медико-соціальної експертної допомоги  
*Лашкул З. В., Чемирисов В. В., Курочка В. Л.*
- 80 Роль наукових досліджень у вивченні та покращенні здоров'я дитячого населення  
*Іншакова Г. В., Шестак Н. В.*
- 84 Фактори ризику, пов'язані з виникненням ранніх ускладнень гострого інфаркту міокарда після кардіоінтервенційного лікування  
*Голованова І. А., Оксак Г. А., Хорош М. В., Товстяк М. М.*

**85 Ювілеї**

- 85 До 50 річчя створення кафедри соціальної медицини та організації охорони здоров'я ДЗ «ЗМАПО МОЗ України»

## Contents

|           |  |
|-----------|--|
| <b>4</b>  | <b>Original research</b>   |
| 4         | Prevention of adolescent risk behavior, cyberbullying and various forms of violence against them through the use of modern internet technologies<br><i>Lashkul Z. V., Kurhan A. P.</i>   |
| 11        | Training for parents on forming the skills of effective interaction with children as a means of prevention of riskable behavior of children and adolescents<br><i>Yarova L. D.</i>   |
| 17        | Efficiency of treatment of chemoresistant tuberculosis from patients suffering from HIV in Zaporizhzhia region within 2013–2017<br><i>Sahaidak T. K., Skorokhodova N. O., Akhtyrskyi O. I.</i>   |
| 23        | Identification of priority measures to optimize the quality of life of children with obesity based on the study of the main aspects of the problem<br><i>Ohnev V. A., Pomohaybo K. G.</i>  |
| 27        | Some aspects of the consequences of the dangerous behavior of children in Ukraine<br><i>Donik O. M., Litvinova L. O., Grechishkin N. V.</i>  |
| 32        | We're training the master's public health<br><i>Mironyuk I. S., Slabkiy G. O., Bilak-Lukyanchuk V. Y., Kruchanytsya V. V.</i>  |
| 40        | Gallbladder sizes in patients with arterial hypertension, obesity and hypothyroidism: correlation analysis<br><i>Strilchuk L. M., Olenych L. V., Radchenko O. M.</i>   |
| 44        | The problem of drinking alcoholic and low-alcoholic drinks in the teenage<br><i>Krasnova O. I., Pluzhnikova T. V., Krasnov O. H.</i>   |
| 49        | Analysis of the dynamics of child traumatism in Ukraine<br><i>Litvinova L. O., Donik O. M., Grechishkin N. V.</i>  |
| 54        | Forming a healthy lifestyle in teens<br><i>Kharchenko N. V., Kharchenko S. V.</i>  |
| 59        | Modern organizational and methodical approaches to providing population with special needs for medico-social services<br><i>Slabkiy G. O., Mironyuk I. S., Kabatsiy N. O., Levko L. V.</i>   |
| 65        | Analysis of indicators of activity of children's dental service in the Poltava region (2014–2016)<br><i>Lyakhova N. O.</i>   |
| 69        | The degree of effectiveness of the program psychohygienic correction process of formation of personality and improve the quality life of boys and girls at the leading characteristics adaptive capabilities of the organism<br><i>Sergeta I. V., Timoshchuk O. V.</i> |
| <b>72</b> | <b>Reviews of literature, lections</b>   |
| 72        | Psychological aspects of providing quality medico-social expert assistance<br><i>Lashkul Z. V., Chemirisov V. V., Kurochka V. L.</i>   |
| 80        | The role of research in the study and improvement of the health of the pediatric population<br><i>Inshakova G. V., Shestak N. V.</i>   |
| 84        | Risk factors relating to the early complications of acute myocardial infarction after cardios-intervention treatment<br><i>Golovanova I. A., Oksak G. A., Khorosh M. V., Tovstyak M. M.</i>  |
| <b>85</b> | <b>Anniversaries</b>   |
| 85        | To the 50th anniversary of the department of social medicine and health organization of the healthcare center of «ZMAPO MOZ OF Ukraine»  |

DOI: [https://doi.org/10.34287/MMT.2\(45\).2020.1](https://doi.org/10.34287/MMT.2(45).2020.1)**Z. V. Lashkul, A. P. Kurhan**State Institution «Zaporizhia Medical Academy of post-graduate education Ministry of Health of Ukraine»  
Zaporizhia, Ukraine**З. В. Лашкул, А. П. Курган**Державний заклад «Запорізька медична академія післядипломної освіти Міністерства охорони здоров'я України»  
Запоріжжя, Україна

## PREVENTION OF ADOLESCENT RISK BEHAVIOR, CYBERBULLYING AND VARIOUS FORMS OF VIOLENCE AGAINST THEM THROUGH THE USE OF MODERN INTERNET TECHNOLOGIES

Профілактики ризикової поведінки підлітків,  
кібербулінгу та різних форм насилля по відношенню  
до них через застосування сучасних інтернет-технологій

### Abstract

Given the continued increase in the prevalence and «dependence» of modern society on various gadgets and messengers (especially among the younger generation), it is possible in this direction to find unrealized opportunities to influence the adolescent cohort of the population effective mechanisms for preventing risky behavior and various manifestations of cyberbullying facts of various violence.

**Purpose of the study.** To explore the possibilities of prevention of risky behavior of adolescents, cyberbullying and various forms of violence against them through the use of modern Internet technologies

**Materials and methods.** In order to achieve the goal of the study, we developed a questionnaire and conducted a social survey, which included 283 students of vocational schools, whose average age was from 15 to 17 years. In accordance with the set tasks and to achieve the goal of the research, we used a set of general scientific and special methods, interrelated and consistently applied during the research: system analysis, biblio-semantic, statistical, correlation.

**Results and discussion.** A cross-sectional sociological survey was conducted in a case-control type with multi-stage randomization of respondents' choice. A total of 283 vocational school students aged 15 to 17 were questioned. The teenagers were added to the orbis\_zp blog on Instagram, where they were offered a survey. Questionnaires

### Резюме

З огляду на невпинне зростання поширеності та «залежності» сучасного суспільства від різноманітних гаджетів та месенджерів (особливо серед молодого покоління), вбачається можливим саме в цьому напрямку віднайти нереалізовані можливості впливу на підліткову когорту населення ефективні механізми профілактики ризикової поведінки, різних проявів кібербулінгу і в цілому фактів різноманітного насильства.

**Мета дослідження.** Вивчення можливостей профілактики ризикової поведінки підлітків, кібербулінгу та різних форм насилля по відношенню до них через застосування сучасних інтернет-технологій.

**Матеріали та методи.** Для досягнення мети дослідження нами була розроблена анкета та проведено соціальне опитування, в яке включено 283 учнів професійно-технічних закладів, середній вік яких був від 15 до 17 років. Відповідно до поставлених задач та для досягнення мети дослідження використано комплекс загальнонаукових і спеціальних методів, взаємопов'язаних та послідовно застосованих у ході дослідження: системний аналіз, бібліосемантичний, статистичний, кореляційний.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Соціологічне перехресне дослідження було проведено за типом «випадок-контроль» з багатоетапною рандомізацією вибору респондентів. Було проанкетовано 283 учнів професійно-технічних закладів у віці від 15 до 17 років. Під-

include questions that elucidate respondents' encouragement to social groups promoting a variety of risk-taking and suicide quest games; facts of committing cyberbullying to other peers; facts of physical, psychological and sexual violence against adolescents and the level of knowledge of rights and guarantees for protection against violence.

In order to prevent the intensification of the negative impact of Internet resources, we have developed and registered an online blog in the Instagram application, the purpose of which is a control and preventive function to reduce the negative impact of the Internet on adolescents' awareness of the spread of risky behavior, cyberbullying and different types of violence. The online blog hosted a month-long training marathon on recognizing cyberbullying, identifying the spread of risky behavior and the facts of psychological, physical and sexual abuse against adolescents. The following Internet technologies have been used to prevent the spread and correction of the effects of the foregoing: information explanatory publications (posts) on the Internet blog page, lectures through live broadcast on the orbis\_zp blog, communication with adolescents through personal messages and consultation with a psychologist. After completing the online marathon, a second questionnaire was conducted regarding the effectiveness of this type of educational work.

**Conclusion.** 1. The effectiveness of the use of Internet technologies for the prevention of teenage risk behavior, cyberbullying and various forms of violence has been established. Reduced cyberbullying and hatred on the internet by 37,09% (from 67,49% to 30,04%;  $\chi^2 = 79,4$ ;  $p < 0,001$ ) and 47% (from 81,63% to 34,63%;  $\chi^2 = 128,4$ ;  $p < 0,001$ ), respectively; as well as cyberbullying cases – a decrease of 55,47% (from 66,78% to 11,31%;  $\chi^2 = 182,9 < 0,001$ ).

2. There has been an increase in adolescents' awareness of the recognition and counteraction to various forms of violence against them (from 25,95% to 89,75%;  $\chi^2 = 237,2$ ;  $p < 0,001$ ).

**Keywords:** Adolescents, risk behavior, prevention, Internet technologies.

літків долучили до інтернет-блогу «orbis\_zp» на платформі «Instagram», де запропонували пройти анкетування. До питань анкетування включено такі, що з'ясовують факти заохочення респондентів до соціальних груп, що пропагують різноманітні квест-ігри з ризиковою поведінкою та культом самогубства; факти вчинення кібербулінгу до інших однолітків; факти фізичного, психологічного й сексуального насилля по відношенню до підлітків й рівні засвоєння знань щодо прав та гарантій на захист від насилля.

Для здійснення профілактики з недопущення посилення негативного впливу інтернет-ресурсів нами було розроблено і зареєстровано інтернет-блог в додатку «Instagram», метою якого стала контрольна-профілактична функція щодо зменшення негативного впливу інтернет-мережі на підсвідомість підлітків щодо поширення ризикової поведінки, проявів кібербулінгу та різних видів насильств. В інтернет-блозі було проведено місячний тренінг-марафон по розпізнаванню кібербулінгу, встановленню поширення ризикової поведінки та фактів психологічного, фізичного та сексуального насилля відносно підлітків. Для профілактики поширення та корекції наслідків вищезазначеного були задіяні такі інтернет-технології: інформаційні роз'яснювальні публікації (пости) на сторінці інтернет-блогу, лекції через прямі трансляції в інтернет-блозі «orbis\_zp», комунікація з підлітками через особисті повідомлення та консультації з психологом. Після закінчення інтернет-марафону було проведено повторне анкетування щодо ефективності даного виду просвітницької роботи.

**Висновки.** 1. Встановлена ефективність застосування інтернет-технологій щодо можливостей профілактики підліткової ризикової поведінки, кібербулінгу та різних форм насилля. Зменшено факти кібер-жорстокого поводження та ненависті в інтернеті серед опитаних по відношенню до себе на 37,09% (з 67,49% до 30,04%;  $\chi^2 = 79,4$ ;  $p < 0,001$ ) і на 47% (від 81,63% і до 34,63%;  $\chi^2 = 128,4$ ;  $p < 0,001$ ) відповідно; а також випадки кібер-жорстокого поводження з іншими особами – зменшення на 55,47% (з 66,78% до 11,31%;  $\chi^2 = 182,9 < 0,001$ ).

2. Зросла обізнаність підлітків про визнання та протидію різним формам насильства щодо них (з 25,95% до 89,75%;  $\chi^2 = 237,2$ ;  $p < 0,001$ ).

**Ключові слова:** підлітки, ризикова поведінка, профілактика, інтернет-технології.

## INTRODUCTION

The era of digitalization, which has become an obvious phenomenon in modern times, has covered all spheres of public relations, including such specific fields as social medicine and the health

sector as a whole. In view of the steady increase in the prevalence and «dependence» of modern society on various gadgets and messengers (especially among the young generation), when most of their time, most people «spend» on the Internet, «covering» almost all their lives on the pages of various

messengers and getting acquainted with the lives of others, «taking over» in some way other people's behavioral patterns and role social orientations; it is considered possible in this direction to find hidden unrealized opportunities to influence the adolescent cohort of the population and to introduce effective mechanisms for prevention of risk behavior, various manifestations of cyberbullying and in general the facts of various abuse [1–5].

Against this background, it is noted that a variety of Internet resources and messengers (Instagram, Facebook, Viber, Telegram, YouTube etc) play a globally important role in formation of worldview and influence of particular types of behavior that pose a significant risk to the studied category, which emphasizes the need to find methods of social and psychological control and prevention of potential encouragement to risk, asocial, delinquent and other «negative» deviant behavior [6–10].

In our view, achieving positive results in the field of prevention of risk behavior, cyberbullying and various types of adolescent abuses through Internet technologies communication can be achieved through the modeling of appropriate safe behavior in an Internet environment, which is extrapolated to the awareness of existing dangers in the social environment and behavior [11–15].

#### PURPOSE OF THE STUDY

The possibilities of prevention of risk behaviour of adolescents, cyberbullying and various forms of abuse against them through the use of modern Internet technology are studding

#### MATERIALS AND METHODS

In order to achieve the purpose of the study, we developed a questionnaire and conducted a social survey, which included 283 students of vocational schools, the average age of whom was from 15 to 17 years. In accordance with the set objectives and to achieve the purpose of the research, we used a set of general scientific and special methods, interrelated and consistently applied during the research: system analysis, biblio-semantic, statistical, and correlation.

#### RESULTS AND DISCUSSION

A cross-sectional sociological survey was conducted by a «case-control» type with multi-stage randomization of respondents' choice 283 students of vocational schools aged 15 to 17 were questioned (150 persons (53%) male and 133 (47%) – female, including at the age of 15 – 183 (64,7%) adolescents; 16 – 65 (23%) and 17 – 35 (12,4%). The adolescents were added to the «orbis\_zp» Internetblog on «Instagram», where they were offered a survey.

Questionnaires include questions finding out about the respondents' encouragement to social groups that promote a variety of quest games with risk behavior and the cult of suicide; the facts of committing cyberbullying to other peers; the facts of physical, psychological and sexual abuse against adolescents and the levels of knowledge of rights and guarantees for protection against abuse.

The Internet blog contained videos of adolescents' awareness of their rights and guarantees; as well as preventing cyberbullying, risk behavior and various types of abuse against adolescents.

In order to prevent the intensification of the negative impact of Internet resources, we have developed and registered an Internet blog in the «Instagram» application, the purpose of which is a control and preventive function to reduce the negative impact of the Internet on adolescents' awareness of the spread of risk behavior, cyberbullying and different types of abuse.

A series of videos were presented consistently on the Internet blog by the following units: awareness of adolescents about their rights and guarantees; the use by adolescents of their rights and guarantees to prevent and counteract various forms of abuses; overcoming the negative impact of Internet mechanisms related to risks to life and health, cyberbullying and abuses.

The Internet blog posted Internet open source photos showing traumatized adolescents falling out of house windows and falling from trees and power poles while trying to take selfie photos or «stand out» from peers by imitating other manifestations of risk behavior.

Also, we posted short by the contents comments from classmates in which they sadly remembered their friends who had been killed while taking pictures and risk activities on the rail and subway. There were short videos about the punishments of persons who committed various acts of abuse and bullying manifestations in relation to others.

The Internet blog hosted a month-long training marathon on cyberbullying recognition, establishmentofthe spread of risk behavior, and factsof psychological, physical and sexual abuse of adolescents.

The following Internet technologies have been used to prevent the spread and correction of the consequences of the foregoing: information explanatory publications (posts) on the Internet blog page, lectures through live broadcast on the «orbis\_zp» Internet blog, communication with adolescents through personal messages and consultation with a psychologist.

After completing the Internet marathon, a survey was conducted on the effectiveness of this type of educational work.

At the end of the Internet marathon, an appropriate survey was conducted and it was



determined that the first block of the Internet blog was visited by 185 adolescents, or 65,40 %; and the second block – by 190 students, which is 67,10 % according to the results of survey (table 1).

Table 1

**Frequency of visits to individual blocks of Internet blogs among adolescent respondents**

| Information content of Internet blogs                 | Number of respondents who viewed Internet blogs (n = 283) |       |
|---|---|-------|
|   | Abs.  | %     |
| Adolescents' awareness of their rights and guarantees | 185   | 65,40 |
| Preventing and countering various types of abuses     | 190   | 67,10 |

The main purpose of using these Internet blogs was to increase the legal education of adolescents regarding their rights and guarantees against physical and psychological abuse. In order to find out the level of assimilation and the possibility of counteracting the various types of abuse, adolescents were surveyed according to specific groups of questions after browsing the Internet blogs.

When asked whether it is clear what laws prohibit the use of abuse and physical punishment to

children and adolescents 124 (43,8%) persons of the total number of respondents out of 283 respondents confirmed the facts that they were aware of such a prohibition against them.

Among the surveyed respondents (124 persons), 75 (60,5%) adolescents said that they should be protected first by law enforcement agencies; 27 (21,8%) persons – by social protection bodies; and 22 (17,7%) students indicated that by the family (table 2).

Table 2

**Digestion of knowledge of rights and guarantees for protection against physical abuse among adolescent respondents**

| Institutions for protection against physical abuse of adolescents | Number of respondents who viewed Internet blogs (n = 124) |      |
|---|---|------|
|   | Abs.  | %    |
| Law enforcement agencies  | 75  | 60,5 |
| Social protection bodies  | 27  | 21,8 |
| Family  | 22  | 17,7 |

The dynamics of raising the legal awareness of the interviewed adolescents, especially in the context of the role of law enforcement agencies, which are the primary response bodies and which ensure that they are brought to appropriate responsibility, proved to be legitimate. The Internet blogs we have used have clearly demonstrated the protocols of various interrogations and court rulings on physical abuse against adolescents, which has created a strong conviction in the latter of the highest functional efficiency of the law enforcement system in this area.

When asked what to do if the facts of psychological humiliation were found, 62,9% of persons answered that they knew the procedure for their actions (11,3% higher than the previous questionnaire indicator).

When asked by the questionnaire which institution is most important in protecting adolescents from psychological humiliation, 45 (25,3%) respondents out of 178 identified a family; 29 (16,3%) – teachers; 58 (32,6%) – law-enforcement agencies and 46 (25,8%) named social services (table 3).

Table 3

**Acquiring knowledge about their rights and guarantees for protection against psychological abuse among adolescent respondents**

| Institutions for protection against psychological abuse of adolescents | Number of respondents who viewed Internet blogs (n = 178) |       |
|--|---|-------|
|  | Abs.  | %     |
| Parents  | 45  | 25,30 |
| Teachers   | 29  | 16,30 |
| Law enforcement agencies   | 58  | 32,60 |
| Social services  | 46  | 25,80 |

In our view, a significant increase of indicators in adolescents' awareness of their rights and guarantees against various types of abuses has been facilitated by video materials of the Internet blog on counteracting cyberbullying in different countries and demonstrating the facts of prosecution of adolescents and older persons for psychological abuse. In this context, it should be noted that the proportion of the role of lawenforcement agencies has increased compared to other institutions, especially those as teachers who have been least trusted by respondents when seeking protection.

In our opinion, the reason for this is the impression of the video material posting in the Internet blog about the responsibility for cyberbullying.

Particularly noticeable was the result in raising awareness of the need to counteract external and internal «encouragements» in the direction of risk behavior and various manifestations of

cyberbullying and the convenience of influencing adolescent consciousness through Internet blogs.

Thus, after reviewing the relevant Internet blogs, the respondents noted the convenience of this form of preventive work on the «orbis\_zp» Instagram platform in 256 (90,46%) cases.

At the same time, among all respondents, only 34 (12,01%) adolescents out of all (283 persons) persons answered positively (a decrease of 56,19%) the questions about the facts of effectiveness of their provocation to involve groups promoting various Internet technology that are related to risk behavior, cyberbullying and abuse. Among them: provoking calls for risk behavior – in 16 (47,06%) adolescents (decrease of 24,74%); addictive behavior – 9 (26,47%) persons (decrease of 19,79%); call to join the groups with the cult of suicide – 6 (17,65%) adolescents (decrease of 8,83%) and cyberbullying – 3 (8,82%) persons (decrease of 2,83%) (table 4, figure 1).

Table 4

Internet technology promotion effectiveness cases related to risk behavior, cyberbullying and abuse among adolescent respondents after the Internet marathon

| Internet technology related to risk behavior, cyberbullying and abuse | Internet technology promotion objects (n = 34) |       |
|---|--|-------|
|   | Abs.   | %     |
| Risk behavior   | 16   | 47,06 |
| Addictive behavior  | 9  | 26,47 |
| Groups with the cult of suicide                                       | 6  | 17,65 |
| Cyberbullying   | 3  | 8,82  |

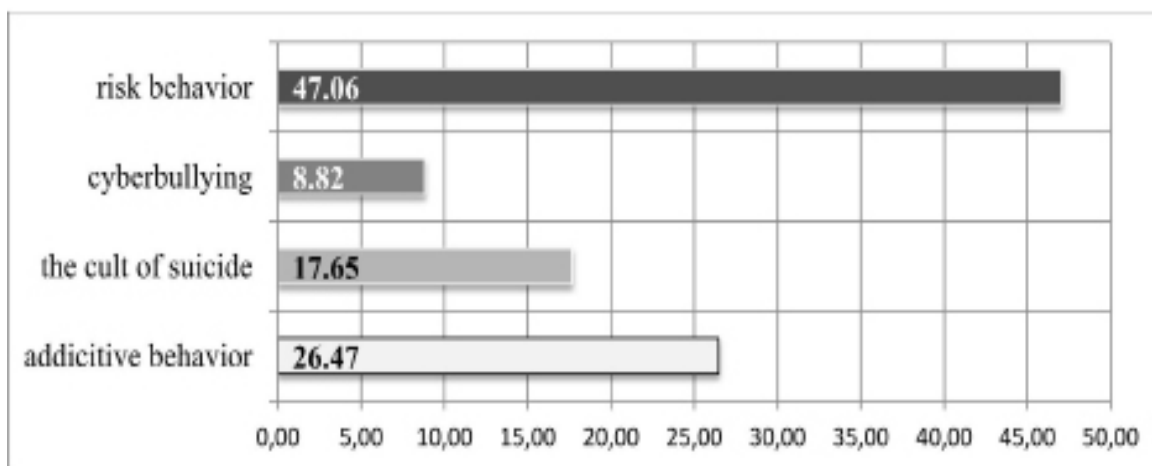


Figure 1. Structural characteristics of the effectiveness of provoking of Internet technology related to risk behavior, cyberbullying, and abuse among adolescent respondents after the Internet marathon (%).

In addition, after a month-long Internet marathon, we have identified a decrease of the facts of cyberbullying among adolescents against other persons.

There was a decrease in such facts among all respondents (283 persons) out of 189 (66,78%) to 32 (11,31%) respondents (decrease of 55,47%).

There was also a decrease in the facts of unpleasant cyberbullying and hating experiences on the Internet among those polled in relation to themselves by 37,09% (from 67,49% and to 30,04%;  $\chi^2 = 79,4$ ;  $p < 0,001$ ) and by 47% (from 81,63% and to 34,63%;  $\chi^2 = 128,4$ ;  $p < 0,001$ ) respectively; as well as cases of cyberbullying to

other persons – a decrease of 55,47% (from 66,78% to 11,31%;  $\chi^2 = 182,9$ ;  $p < 0,001$ ).

At the same time, after viewing the relevant Internet blogs, there was a significant increase in the awareness of adolescents as a whole about their

possession of comprehensive information about recognition and counteraction to various types of violence against them (254 (89,75%) respondents answered positively) by 63,95% (from 25,95% and to 89,75%;  $\chi^2 = 237,2$ ;  $p < 0,001$ ), (table 5).

Table 5

The effectiveness of Internet blogs among adolescent respondents after a month-long Internet marathon

| Internet technology and information support                            | Internet blog effectiveness |       |              |       | n = 283                           |
|--|-----------------------------|-------|--------------|-------|-----------------------------------|
|  | Before review               |       | After review |       |                                   |
|  | Abs.                        | %     | Abs.         | %     |                                   |
| Cyberbullying against respondents                                      | 191                         | 67,49 | 85           | 30,04 | $\chi^2 = 79,4$ ;<br>$p < 0,001$  |
| Hating   | 231                         | 81,63 | 98           | 34,63 | $\chi^2 = 128,4$ ;<br>$p < 0,001$ |
| Cyberbullying against other persons                                    | 189                         | 66,78 | 32           | 11,31 | $\chi^2 = 182,9$ ;<br>$p < 0,001$ |
| Possession of information on recognition and counteraction to violence | 73                          | 25,80 | 254          | 89,75 | $\chi^2 = 237,2$ ;<br>$p < 0,001$ |

Thus, summarizing the above, it should be noted that the use of the Internet blog as a tool to prevent risk behavior, various manifestations of cyberbullying and in general the facts of the various violence among the adolescent contingent should be considered effective in view of the following:

– first, adolescents in a relatively straightforward way (access to the «Instagram» resource) received the necessary information regarding awareness of their rights and guarantees and their use to prevent and counter various forms of violence and «encouragement» to various manifestations of risk and suicidal behavior on the Internet;

– second, adolescents have learned to identify law enforcement and social institutions as a tool to protect against violence against them and to prevent deviant and risk behavior in general;

– third, the results of the use of the Internet blogs have shown a change in adolescents' legal

awareness and their legal behavior as a whole, which has created favorable foundations for generating positive social behavior in general.

## CONCLUSIONS

1. The effectiveness of the use of Internet technologies for the prevention of teenage risk behavior, cyberbullying and various forms of violence has been established. Reduced cyberbullying and hatred on the internet by 37,09% (from 67,49% to 30,04%;  $\chi^2 = 79,4$ ;  $p < 0,001$ ) and 47% (from 81,63% to 34,63%;  $\chi^2 = 128,4$ ;  $p < 0,001$ ), respectively; as well as cyberbullying cases – a decrease of 55,47% (from 66,78% to 11,31%;  $\chi^2 = 182,9$ ;  $p < 0,001$ ).

2. There has been an increase in adolescents' awareness of the recognition and counteraction to various forms of violence against them (from 25,95% to 89,75%;  $\chi^2 = 237,2$ ;  $p < 0,001$ ).

## REFERENCE

1. Про запобігання та протидію домашньому насильству: Закон України від 07.12.2017 р. Відомості Верховної Ради (ВВР). 2018. № 5. ст. 35.

2. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо протидії булінгу (цькуванню): Закон України від 18.12.2018 р. № 2657-VIII. Відомості Верховної Ради (ВВР). 2019. № 5. ст. 33.

3. Proskuryakov S. Training without fear. What you need to know about the new anti-bullying law and school bullying. <https://zaborona.com/navchannia-bez-strakhu-shcho-potribno-znaty-pro-antybulinhovyyj-zakon>.

4. Про затвердження порядку взаємодії суб'єктів, що здійснюють заходи у сфері запобігання та протидії домашньому насильству за ознаками статті: Постанова Кабінету Міністрів України від 22.09.2018 року №658. Офіційний вісник України. 2018. № 82. 74 с. ст. 2729.

5. Bondarovska VM, Zhuravel TV, Pylypas YV et al. Comprehensive Correctional and Rehabilitation Program for Girls (14–18 Years) and Women Who Are Abused or at Risk: Information and Methodological Materials. Kyiv, 2014.

6. Sharma M, Branscum P. School-based drug

abuse prevention programs in high school students. *J. Alcohol Drug Education*. 2013; 57 (3): 51–65.

7. Faggiano F, Minozzi S, Versino E, Buscemi D. Universal school-based prevention for illicit drug use. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2014; 12: CD003020. DOI: 10.1002/14651858.CD003020.pub3.

8. Salam RA, Faqqah A, Sajjad N et al. Improving adolescent sexual and reproductive health: A systematic review of potential interventions. *J Adolesc Health*. 2016; 59 (4S): 11–28. DOI: 10.1016 / j.jadohealth.2016.05.022.

9. Siegfried N, Pienaar DC, Ataguba JE et al. Restricting or banning alcohol advertising to reduce alcohol consumption in adults and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014: CD010704. DOI: 10.1002/14651858.CD010704.pub2.

10. Hennessy EA, Tanner-Smith EE. Effectiveness of brief school-based interventions for adolescents: A meta-analysis of alcohol use prevention programs. *Prev Sci*. 2015; 16 (3): 463–474. DOI: 10.1007/s11121-014-0512-0.

11. Strøm HK, Adolfsen F, Fossum S et al. Effectiveness of school-based preventive

interventions on adolescent alcohol use: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Subst Abuse Treat Prev Pol*. 2014; 9: 48. DOI: 10.1186/1747-597x-9-48.

12. Scott-Sheldon LAJ, Carey KB, Elliott JC et al. Efficacy of alcohol interventions for first-year college students: A meta-analytic review of randomized controlled trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2014; 82 (2): 177–188. DOI: 10.1037/a0035192.

13. Allen JA, Duke JC, Davis KC et al. Using mass media campaigns to reduce youth tobacco use: a review. *Am J Health Promotion*. 2015; 30 (2): e71–82. DOI: 10.4278/ajhp.130510-lit-237.

14. Thomas RE, McLellan J, Perera R. School-based programmed for preventing smoking / R. Perera. *Evidence-based Child. Health. A Cochrane Rev J*. 2013; 8 (5): 1616–2040. DOI: 10.1002/ebch.1937.

15. Kickbusch I, Gleicher D. Governance for health in the 21st century. WHO Regional Office for Europe. 2012. Text editing: David Breuer Book design and cover design: Christophe Lanoux, Paris, France.

*Стаття надійшла до редакції 07.04.2020*

DOI: [https://doi.org/10.34287/MMT.2\(44\).2020.2](https://doi.org/10.34287/MMT.2(44).2020.2)**Л. Д. Ярова***Державний заклад «Запорізька медична академія післядипломної освіти Міністерства охорони здоров'я України»  
Запоріжжя, Україна***L. D. Yarova***State Institution «Zaporizhia Medical Academy of post-graduate education Ministry of Health of Ukraine»  
Zaporizhzhia, Ukraine*

## ТРЕНІНГИ ДЛЯ БАТЬКІВ З ФОРМУВАННЯ НАВИЧОК ЕФЕКТИВНОЇ ВЗАЄМОДІЇ З ДІТЬМИ ЯК ЗАСІБ ПРОФІЛАКТИКИ РИЗИКОВОЇ ПОВЕДІНКИ ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ

Training for parents on forming the skills of effective interaction  
with children as a means of prevention  
of riskable behavior of children and adolescents

**Резюме**

Дослідники Всесвітньої організації охорони здоров'я привертають увагу до довгострокових наслідків ризикової поведінки дітей підлітків, оскільки 35% глобального тягарю хвороби бере початок у підлітковому віці. Відповідно до визначення ВООЗ насильство може бути причиною інфекційних і неінфекційних захворювань, психологічних травм, а також бути причиною формування у дітей та підлітків ризикових форм поведінки.

**Мета дослідження.** Визначення дієвих засобів профілактики ризикової поведінки дітей та підлітків.

**Матеріали та методи.** Одним з факторів, що впливають на процес формування у дітей та підлітків відповідної «ризикової поведінки» можна вважати різні форми насильства. Для з'ясування відповідної ситуації в Запоріжжі нами було проведено дослідження, метою якого було визначення ступеню поширеності фізичного, психологічного та сексуального насилля серед підлітків професійно-технічних закладів міста. Для досягнення мети дослідження нами була розроблена анкета та проведено соціальне опитування, в яке включено 283 учнів професійно-технічних училищ, середній вік яких був від 15 до 17 років. В анкету було включено поведінкові та соціальні фактори ризику в сім'ї, опитування підлітків щодо фактів фізичного, психологічного, сексуального насилля по відношенню до них, якщо так, то від кого: батьків, вчителів

**Abstract**

Researchers at the World Health Organization are drawing attention to the long-term effects of risky behavior on adolescent children, as 35% of the global burden of illness originates in adolescence. According to the WHO definition, violence can be a cause of infectious and non-communicable diseases, psychological trauma, and also a risk behavior for children and adolescents.

**Purpose of the study.** The effective means identifying of preventing risky behavior in children and adolescents.

**Materials and methods.** One of the factors affecting the formation of appropriate «risk behaviors» in children and adolescents can be considered as various forms of violence. In order to find out the appropriate situation in Zaporizhzhya we conducted a study aimed at determining the degree of prevalence of physical, psychological and sexual abuse among adolescents of vocational establishments of the city. 283 vocational school students, whose average age years from 15 to 17.

The questionnaire included behavioral and social risk factors in the family, interviews with adolescents about physical, psychological, and sexual abuse against them, if so, by whom: parents, teachers, classmates, acquaintances, and acquaintances.

In accordance with the set tasks and to achieve the goal of the research, we used a set of general scientific and special methods interrelated and consistently applied during the research: system

лів, однокласників, знайомих, не знайомих.

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

**Результати та обговорення.** На запитання чи мали факти фізичного насилля з покаранням з 283 респондентів підтвердили факти фізичного насилля з покаранням по відношенню до них – 78 осіб, або 27,5% від загальної кількості опитаних. Серед зазначених в анкеті можливих кривдників (батьків, вчителів, однокласників, знайомих, не знайомих кривдників) батьки посідають перше місце за кількістю випадків вчинення фізичного насилля з покаранням.

У разі, коли зафіксовано чи спостерігається жорстоке поводження з дітьми, з членами родини проводилась профілактика, яка передбачала цілеспрямовану роботу з окремими групами дорослих і дітей. Мета відповідної роботи – формування гуманого ставлення дорослих до дітей, життєвих умінь та навичок у дорослих та дітей, роз'яснення сутності і відповідальності за жорстоке поводження з дітьми шляхом проведення тренінгів.

**Висновки.** Дієвим засобом профілактики ризикової поведінки дітей і підлітків можна вважати тренінг для батьків з формування навичок конструктивної взаємодії з дітьми.

**Ключові слова:** насильство, ризикова поведінка дітей і підлітків тренінг, профілактика.

analysis, biblio-semantic, statistical, correlation.

**Results and discussion.** When asked whether the facts of physical violence with punishment from 283 respondents confirmed the facts of physical violence with punishment against them – 78 persons, or 27,5% of the total number of respondents. Among the possible abusers (parents, teachers, classmates, acquaintances, and non-abusers) mentioned in the questionnaire, parents rank first in the number of cases of physical violence and punishment.

In cases where child abuse was recorded or observed, family members were prevented, which included targeted work with specific groups of adults and children. The purpose of the relevant work is to develop humane treatment of adults for children, life skills and skills of adults and children, clarify the nature and responsibility of child abuse through training.

**Conclusions.** An effective tool for preventing risky behavior of children and adolescents can be considered as training for parents to develop the skills of constructive interaction with children.

**Keywords:** violence, risky behavior of children and adolescents training, prevention.

## ВСТУП

Дослідники Всесвітньої організації охорони здоров'я привертають увагу до довгострокових наслідків ризикової поведінки дітей підлітків, оскільки 35% глобального тягарю хвороби бере початок у підлітковому віці. Відповідно до визначення ВООЗ насильство це «умисне загрозове або реальне застосування фізичної сили або влади, спрямоване проти себе, іншої особи, або групи осіб, або спільноти, яке тягне за собою або має високу ймовірність спричинити тілесні ушкодження, смерть, психологічну травму, відхилення в розвитку або депривацію» [1]. Таким чином насильством вважаються не тільки дії, які заподіюють фізичну шкоду. Насильство може бути причиною інфекційних і неінфекційних захворювань, психологічних травм, а також бути причиною формування у дітей та підлітків ризикових форм поведінки.

## МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ

Визначення дієвих засобів профілактики ризикової поведінки дітей і підлітків.

## РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

В Україні спостерігається тенденція зростання смертності дітей і підлітків, причиною якої у тому числі стає «ризикова поведінка». Термін «ризикова поведінка» має багато визначень, одне з них пояснює «ризикову поведінку» як поведінку, що має прямий чи опосередкований негативний вплив на здоров'я, благополуччя та здоровий розвиток особистості [2].

Групою молодих учених під керівництвом доктора медичних наук, професора кафедри клінічної психології Одеського національного університету ім. І. І. Мечнікова Розанова В. А. у 2012 році було проведено дослідження на базі середніх загальноосвітніх шкіл Одеси [3].

Дослідниками було проаналізовано психологічні особливості ризикової поведінки у підлітків та виявлено такі психологічні конструкти ризикової поведінки, які можна розглядати як предиктори суїцидальної активності.

Також в рамках зазначеного дослідження були проаналізовані дані стосовно стану суїцидальної активності серед підлітків, що практикують різні види ризикової поведінки

(самоушкоджуюча поведінка, зловживання ПАР, небезпечна сексуальна поведінка, насильство, невиправданий ризик, порушення харчової поведінки).

Досить несподіваним для дослідників стало констатація наявності зв'язку між невиправданим ризиком і фактом зазнавання насильства.

Насильство є однією з найбільш розповсюджених форм порушення прав людини. Найпоширенішим і найбільш складним для протидії є домашнє насильство. Насильство в родині притаманне для багатьох держав, незважаючи на їх позитивні здобутки у законодавчій, політичній та практичній сферах.

Міжнародний дослідницький центр «Інститут економіки і миру» опублікував рейтинг країн та держав із найбільшими проявами насильства за 2018 рік. Глобальний індекс миру виміряли для 163 країн, використавши 23 кількісних і якісних показники. Найбільш мирною у Світі країною визначено Ісландію, друге місце посідає Данія, на третьому місці – Австралія [4].

Україна в 2018 році нарівні з Сирією, Південним Суданом, Єменом, Іраком, Афганістаном, Сомалі та іншими увійшла в десятку найбільш небезпечних країн світу і зайняла 156 місце в загальному рейтингу мирних країн та держав із найбільшими проявами насильства за 2018 рік [4].

Понад 3 мільйони дітей в Україні щороку спостерігають за актами насильства у сім'ї або є їхніми вимушеними учасниками. Діти скривджених матерів у 6 разів схильніші до суїциду, а 50% – до зловживань наркотиками. Майже 100% матерів, які зазнали насильства, народили хворих дітей – переважно з невротами, заїканням, енурезами, церебральним паралічем, порушенням психіки [4].

Одним з факторів, що впливають на процес формування у дітей і підлітків відповідної «ризикової поведінки» можна вважати різні форми насильства.

Для з'ясування відповідної ситуації в Запоріжжі нами було проведено дослідження, метою якого було визначення ступеню поширеності фізичного, психологічного та сексуального насилля серед підлітків професійно-технічних закладів міста [5].

Для досягнення мети дослідження нами була розроблена анкета та проведено соціальне опитування, в яке включено 283 учнів професійно-технічних училищ, середній вік яких був від 15 до 17 років. В анкету було включено поведінкові та соціальні фактори ризику в сім'ї, опитування підлітків щодо фактів фізичного, психологічного, сексуального насилля по відношенню до них, якщо так, то від кого: батьків, вчителів, однокласників, знайомих, не знайомих. Анкета затверджена на методичній нараді ДЗ «ЗМАПО МОЗ України». Протокол № 1 від 20 січня 2019 року.

При проведенні соціологічного дослідження дотримані принципи Гельсінської декларації,

прийнятої Генеральною асамблеєю Всесвітньої медичної асоціації (1964–2000), Конвенції ради Європи про права людини та біомедицину (1997), відповідні положення ВООЗ, Міжнародної ради медичних наукових товариств, міжнародного кодексу медичної етики (1983) та закони України.

Всього проведено анкетування 283 учнів професійно-технічних училищ у віці від 15 до 17 років. З них 150 осіб чоловічої статі, та 133 жіночої. В т. ч. у віці 15 років 183 особи (64,02%), 16 років – 65 (22,97%), 17 років – 35 (12,37%).

На запитання анкети, чи мали факти фізичного насилля з ушкодженням здоров'я, з 283 респондентів підтвердили такі факти – 111 респондентів, що становить 39,2% від загальної кількості опитаних. Серед зазначених в анкеті можливих кривдників (батьків, вчителів, однокласників, знайомих, не знайомих кривдників) батьки посідають п'яте передостаннє місце за кількістю випадків вчинення фізичного насильства.

На запитання чи мали факти фізичного насилля з покаранням з 283 респондентів, підтвердили факти фізичного насилля з покаранням по відношенню до них – 78 осіб, або 27,5% від загальної кількості опитаних. Серед зазначених в анкеті можливих кривдників (батьків, вчителів, однокласників, знайомих, не знайомих кривдників) батьки посідають перше місце за кількістю випадків вчинення фізичного насилля з покаранням.

На запитання анкети, чи мали факти психологічного насилля з погрозами, серед 283 респондентів підтвердили факти психологічного насилля з погрозами по відношенню до них – 178 осіб, або 62,9% від опитаних. Серед зазначених в анкеті можливих кривдників (батьків, вчителів, однокласників, знайомих, не знайомих кривдників) батьки посідають останнє місце за кількістю випадків вчинення психологічного насилля з погрозами.

На запитання анкети, чи мали факти психологічного насилля з приниженням з 283 респондентів 186 осіб, або 65,7% відповіли – так. Серед зазначених в анкеті можливих кривдників (батьків, вчителів, однокласників, знайомих, не знайомих кривдників) батьки посідають останнє місце за кількістю випадків вчинення психологічного насилля з приниженням.

На запитання чи мали факти психологічного насилля зневаги, 161 респондентів відповіли – так. Доля цих відповідей, від загальної кількості, склала – 56,8%. Серед зазначених в анкеті можливих кривдників (батьків, вчителів, однокласників, знайомих, не знайомих кривдників) батьки посідають останнє місце за кількістю випадків вчинення психологічного насилля зневаги.

З 283 опитаних підтвердили, що мали факти контактного сексуального насилля, 19 респондентів. Доля цих відповідей, від загальної кількості, склала 6,7%. В структурі учасників

контактного сексуального насильства батьки посідають останнє місце.

На запитання чи мали факти не контактного сексуального насильства з 283 опитаних «так» відповіли 25 респондентів. Доля цих відповідей від загальної кількості становить 8,8%. В структурі учасників не контактного сексуального насильства батьки посідають останнє місце.

Одержані результати потребують подальшої міжвідомчої роботи з органами місцевої влади по розробці та впровадженню програм запобігання та протидії різних видів насильств серед дітей та підлітків. Безумовно, щодо попередження насильства, треба починати з профілактики.

Окреслимо основні форми профілактичної роботи щодо жорстокого поводження з дітьми на різних рівнях профілактики [6]. Отже, первинна профілактика, як загальна просвіта населення з цього явища має такі форми, як: групова профілактична робота (тренінги, інтерактивні дискусії, відеолекторії, семінари тощо), яку здійснюють спеціально підготовлені фахівці серед учнівської та студентської молоді, молодих сімей, військовослужбовців та зосереджена на попередженні домашнього насильства у родинах, на створення партнерської сім'ї та індивідуальна робота з певною категорією населення, яка становить групу ризику.

У разі, коли зафіксовано чи спостерігається жорстоке поводження з дітьми, з членами родини проводиться вторинна профілактика, яка передбачає цілеспрямовану роботу з окремими групами дорослих і дітей. Мета відповідної роботи – формування гуманного ставлення дорослих до дітей, життєвих умінь та навичок у дорослих та дітей, роз'яснення сутності і відповідальності за жорстоке поводження з дітьми. Вторинна профілактика насильства може проводитися шляхом розроблення та проведення тренінгів для дітей підліткового віку та учнівської молоді з проблем насильства.

Третинна профілактика проводиться з тими, хто постраждав від жорстокого поводження з метою навчання самозахисту; з тими, хто здійснює таке поводження – як соціальне навчання і контроль, що є умовою збереження сім'ї, залишення батьківських прав тощо. Це вже є реабілітаційною роботою безпосередньо з жертвами насильства, тобто роботу проводить кваліфікований психолог, залучаючи жертву до груп взаємопідтримки, відвідування корекційних програм тощо.

На всіх рівнях профілактики жорстокого поводження з дітьми в сім'ї слід враховувати травматичний досвід батьків у дитинстві, відсутність чітких цілей як у вихованні дітей, так і стосовно власного майбутнього, перевага деструктивних партнерів спілкування в сім'ї, відсутність навичок конструктивної взаємодії, внутрішньо-особистісні порушення дитини.

Важливим елементом роботи щодо поперед-

ження насильства в сім'ї та жорстокого поводження з дітьми є розробка спеціальних програм освіти для батьків, які сприяли б повноцінному функціонуванню сім'ї та запобіганню проблемам у взаєминах дітей і батьків. Дуже важливо, щоб батьки зрозуміли різницю між допустимою і не допустимою своєю поведінкою.

Відповідно до наведених вище результатів дослідження батьки, нажалює, є учасниками фактів всіх видів насильства по відношенню до дітей, а щодо фактів фізичного насильства з покаранням, то вони посідають перше місце – 33,3%. Зазначені результати дають підстави для припущення, що насильства, та зокрема покарання, використовуються батьками як засіб виховання [5].

Отже батьків можна і треба навчити розуміти отриману від дітей інформацію і залежно від неї підбирати відповідні методи виховання. У програмі налагодження взаємин дітей і дорослих обов'язковою умовою є добровільна співпраця батьків і педагогів, клініки дружньої до молоді, центрів громадського здоров'я.

При роботі з батьками необхідно займатися пропагандою ненасильницького виховання, роз'яснювати, що існує безліч методів, за допомогою яких можна виховати в дітях слухняність, відповідальність, не прибігаючи до тілесних покарань: хвалити дітей за хороші вчинки; заохочувати будь-яку зміну на краще; розмовляти з дітьми тоном поваги і співпраці; залучати дитину до процесу ухвалення рішення; уникати погроз.

Відомий психолог Курт Левін стверджував, що більшість ефективних змін в установках та поведінці людей мають місце в груповому, а не в індивідуальному контексті. Тому для того, щоб виявити та змінити свої установки, виробити нові форми поведінки, людина повинна подолати свою автентичність і навчитися бачити себе так, як її бачать інші. Ще у 60-ті роки ХХ століття К. Роджерс розпочав, спираючись на традиції гуманістичної психології, рух тренінгу соціальних та життєвих умінь.

На сьогоднішній день не існує загальноприйнятого визначення поняття «тренінг», що приводить до різного тлумачення методу і позначення цим терміном прийомів, форм і засобів, які використовуються у психологічній практиці. Термін «тренінг» (training) має ряд значень: навчання, виховання, тренування. У вітчизняній психології поширеними є визначення тренінгу як одного з активних методів навчання, або соціально-психологічного тренінгу. Л. О. Петровська розглядає соціально-психологічний тренінг як засіб дії, спрямований на розвиток знань, соціальних установок, умінь і досвіду у сфері міжособистісного спілкування, засіб розвитку компетентності в спілкуванні, засіб психологічної дії [7, 8].

Робота тренінгової групи базується на деяких специфічних принципах: активності; дослідницької (творчої) позиції; об'єктивізації



(усвідомлення) поведінки [9].

Активність учасників тренінгу має особливий характер, відмінний від активності людини, яка слухає лекцію чи читає книгу. У тренінгу учасники залучаються до спеціально спроектованих дій. Типові дії учасників тренінгу: програвання тієї чи іншої ситуації; виконання вправ; спостереження за поведінкою інших людей за спеціальною схемою; участь у мозковому штурмі чи в іншому творчому процесі активного пошуку рішення щодо розв'язання проблеми чи виходу з ситуації.

Принцип активності значною мірою спирається на результати експериментальних психологічних досліджень. Ці дослідження показали, що людина засвоює:

- 10% того, що чує;
- 50% того, що бачить;
- 70% того, що проговорює;
- 90% того, що робить сама.

Відповідно до принципу дослідницької (творчої) позиції учасники тренінгу: усвідомлюють; знаходять; відкривають: ідеї, закономірності, вже відомі у психології але невідомі пересічній особі, і, що особливо важливо, власні: особисті ресурси; можливості; особливості.

Завданням тренера, виходячи з положень цього принципу є створення умов для реального усвідомлення членами групи проблем і шляхів їх розв'язання, апробації та тренування нових засобів поведінки, експериментування з ними.

На початку тренінгу учасники можуть бути незадоволеними, навіть поводити себе агресивно. Деякі з учасників відчувають себе ніяково, бояться поводитися вільно. Подолати такий супротив допомагають ситуації, які дозволяють учасникам тренінгу усвідомити важливість і необхідність формування у них готовності та після закінчення тренінгу експериментувати зі своєю поведінкою.

Універсальним засобом об'єктивізації поведінки є зворотний зв'язок. На кожному занятті підводяться підсумки і відслідковуються реакції учасників на отримані знання і сформовані вміння та навички. Створення умов для ефективного зворотного зв'язку у групі – важливе завдання тренера.

Виходячи з названих вище принципів, будується програма тренінгу, готуються роздаткові матеріали, розробляються рольові ігри, вправи, методика мозкового штурму, матеріали до міні лекцій, методики групових обговорень, тощо.

До основних методів та технік тренінгової роботи, що використовуватимуться в тренінговому навчанні, належать: метод мозкового штурму; робота в парах; техніка «Навчаючи–вчусь»; рольові ігри; міні лекції; структурні вправи.

Метод мозкового штурму застосовується на тренінгу з метою активізації діяльності учасників у пошуку рішення. Автор методу – А. Осборн, ідея – вирішення задачі груповим методом.

Робота в парах відрізняється від роботи в малих групах можливістю відпрацювати конкретні навички. Учасники можуть зосередитися на власних почуттях, на тому, якою є поведінка партнера, як вона впливає на формування їхніх почуттів та як протистояти такому впливу.

Техніка «Навчаючи–вчусь» корисна за необхідності швидко засвоїти структурований теоретичний матеріал: певні правила, законодавчу інформацію, рекомендації щодо певних дій і таке інше.

Рольова гра – це техніка, яка дає можливість програти різні життєві ситуації (у тому числі й соціально небезпечні), в безпечних умовах тренінгу, доброзичливого, дружнього ставлення та аналізу. Рольові ігри є одним із найбільш успішних методів визначення ставлення та розвитку практичних навичок учасників.

Міні лекції (10–20 хв.) спрямовані на надання групі нової інформації, необхідної для подальшої роботи. Зазвичай після міні лекції варто провести групове обговорення або запропонувати групі виконати вправи з використанням інформації, наданої в міні лекції.

Перевіреними помічниками тренера є структурні вправи: «правила»; «знайомство»; «очікування». Це вправи, спрямовані на створення відповідної атмосфери в групі, знайомство учасників між собою і з тренерами та вироблення правил життєдіяльності групи.

Особистість тренера є важливим фактором ефективності роботи учасників тренінгу.

С. Кратохвіл визначив п'ять основних ролей тренера (ведучого групи):

1. Активний керівник (інструктор, вчитель, режисер, ініціатор, опікун).
2. Аналітик (ведучий, який дистанціюється від учасників групи і є нейтральною особистістю).
3. Коментатор.
4. Посередник (експерт, який не бере на себе відповідальність за те, що має місце в роботі групи, але який при цьому час від часу направляє процес роботи групи).
5. Член групи (автентична особистість зі своїми індивідуальними рисами та життєвими проблемами).

Важливу роль в успішності роботи групи відіграє також стиль керівництва групою (авторитарний, демократичний та стиль потурання).

Для подолання тривожності учасників і для якнайшвидшого структурування роботи групи важливо, особливо на першому етапі роботи, чітко структурувати роботу групи, а також чітко керувати поведінкою учасників.

## ВИСНОВКИ

Отже, можна зробити висновки, що дієвим засобом профілактики ризикової поведінки дітей і підлітків можна вважати тренінг для батьків з формування навичок конструктивної взаємодії з дітьми.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Krug E, Dahlberg L, Mercy J, Zwi A, Lozano R. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002.
2. Hurrelmann K, Richter M. Risk behaviour in adolescence: the relationship between developmental and health problems. *Journal of Public Health*. 2006; 14 (1): 20–28. DOI: 10.1007/s10389-005-0005-5.
3. Rakhimkulova AS. Relationship between adolescent risk and suicidal behavior (study of a representative sample in Ukraine). *Zbirnyk naukovykh prats K-PNU imeni Ivana Ohiyenka, Instytutu psykholohiyi imeni H. S. Kostyuka NAPN Ukrayiny*. 2016: 446–469.
4. Letter from the Ministry of Education and Science of Ukraine «Methodological Recommendations for Prevention and Combating Violence» dated May 18, 2018 No. 1 / 11-5480.
5. Lashkul ZV, Yarova LD, Chemyrisov VV et al. Combating violence as a means of preventing the risky behavior of children and adolescents. *Navchalnyy posibnyk. CHP «Hrytsenko I. Y.»*. 2020.
6. Zhuravel TV. Social and pedagogical work on prevention of violence against children. *Sotsialna pedahohika: navchalnyy posibnyk. Kyiv*. 2013: 197–209.
7. Petrovskaya LA. Theoretical and methodological problems of socio-psychological training. Moscow, 1982.
8. Petrovskaya LA. Competence in communication. *Socio-psychological training. Moscow*, 1989.
9. Afanas'yeva NYE, Perelyhina LA. Theoretical and methodological foundations of social and psychological training. *Navchalnyy posibnyk. Kharkiv*, 2015.

*Стаття надійшла до редакції 10.04.2020*

DOI: [https://doi.org/10.34287/MMT.2\(45\).2020.3](https://doi.org/10.34287/MMT.2(45).2020.3)Т. К. Сагайдак<sup>1,2</sup>, Н. О. Скороходова<sup>1</sup>, О. І. Ахтирський<sup>2</sup><sup>1</sup>Державний заклад «Запорізька медична академія післядипломної освіти Міністерства охорони здоров'я України» Запоріжжя, Україна<sup>2</sup>Комунальне некомерційне підприємство «Запорізький регіональний фтзіопульмонологічний клінічний лікувально-діагностичний центр» Запорізької обласної ради Запоріжжя, УкраїнаT. K. Sahaidak<sup>1,2</sup>, N. O. Skorokhodova<sup>1</sup>, O. I. Akhtyrskiy<sup>2</sup><sup>1</sup>State Institution «Zaporizhzhia Medical Academy of post-graduate education Ministry of Health of Ukraine» Zaporizhzhia, Ukraine<sup>2</sup>Municipal Non-Commercial Enterprise «Zaporizhzhia regional phthisiopulmonary clinical diagnostic and treatment center» of Zaporizhzhia Regional Council Zaporizhzhia, Ukraine

## ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ ХІМІОРЕЗИСТЕНТНОГО ТУБЕРКУЛЬЗУ У ХВОРИХ НА ВІЛ В ЗАПОРІЗЬКІЙ ОБЛАСТІ ЗА 2013–2017 РОКИ

### Efficiency of treatment of chemoresistant tuberculosis from patients suffering from HIV in Zaporizhzhia region within 2013–2017

#### Резюме

**Мета роботи.** Вивчити ефективність лікування хворих на хіміорезистентний туберкульоз на фоні ВІЛ в умовах Запорізької області за 2013–2017 роки.

**Матеріали та методи.** В Запорізькому регіоні за 2013–2017 роки було зареєстровано 379 випадків хіміорезистентного туберкульозу на фоні ВІЛ-інфекції. Ефективність лікування туберкульозу у хворих з ко-інфекцією ТБ/ВІЛ вивчали за даними когортного аналізу.

**Результати та обговорення.** Результати лікування туберкульозу у ВІЛ інфікованих в 2015 році з резистентним туберкульозом дуже низькі, ефективне лікування та летальність на одному рівні – 31,9%. Летальність виросла в 1,3 рази в порівнянні з 2014 роком. У 2016 році ефективне лікування було лише в 41,8 %. У хворих з резистентними формами за рахунок тривалого терміну лікування виявився високий відсоток перерваного лікування 2014 в 2015 році – 25,2%, 2016 – 23,0%.

Перспективним напрямком є удосконалення надання хворим з ко-інфекцією ТБ/ВІЛ психологічної допомоги при лікуванні. Після додаткового консультування у хворих з хіміорезистентним туберкульозом на фоні ВІЛ ефективним лікування визначено у 20 (57,1%) хворих,

#### Abstract

**Purpose of the study.** Is to study the efficiency of treatment of tuberculosis from patients suffering from chemoresistant tuberculosis associated with HIV under the conditions of Zaporizhzhia region during 2013–2017.

**Materials and methods.** 379 cases of chemoresistant tuberculosis associated with HIV infection were registered in Zaporizhzhia region within 2013–2017. The efficient of treatment of tuberculosis from patients suffering from tuberculosis/HIV co-infection was estimated according to the data of cohort analysis.

**Results and discussion.** The results of treatment of tuberculosis from HIV positive patients suffering also from the resistant tuberculosis were very low in 2015; the efficient treatment and the lethality were on the same level – 31,9%. The lethality increased by 1,3 times as compared to 2014. The efficient treatment was only in 41,8% in 2016. There was a high percent of discontinued treatment from patients with resistant forms due to long period of treatment: 25,2% in 2015 and 23% in 2016.

The improvement of provision of psychological aid to the patients suffering from tuberculosis/HIV co-infection during treatment is a promising trend. Treatment of patients suffering from chemoresistant tuberculosis associated with

перервали протитуберкульозну хіміотерапію – 5 (11,4%) пацієнтів, невдача лікування – 6 (17,1%), летальних випадків – 5 (14,4%).

**Висновки.** Ефективність лікування хіміорезистентного туберкульозу у хворих з ВІЛ по даним когортного аналізу за 2013–2017 роки в Запорізькому регіоні становила 41, 45, 31,9, 41,8, 34,5 відсотків, відповідно. Для підвищення ефективності лікування хіміорезистентного туберкульозу у хворих з ВІЛ-інфекцією треба впровадження нових тестів для діагностики та нових схем лікування. Але цього буде недостатньо без удосконалення індивідуальної психологічної роботи з пацієнтами.

**Ключові слова:** ко-інфекція ТБ/ВІЛ, хіміорезистентний туберкульоз, ефективне лікування, невдача лікування, летальність.

HIV was estimated as an efficient after additional counseling for 20 patients (57,1%); 5 patients (11,4%) discontinued antitubercular chemotherapy; 6 patients (17,1%) had a treatment failure; there were 5 fatal cases (14,4%).

**Conclusions.** The efficiency of treatment of chemoresistant tuberculosis from HIV positive patients in Zaporizhzhia region during 2013–2017 was equal to 41, 45, 31,9, 41,8 and 34,5 percents, respectively, according to the data of cohort analysis. It is necessary to implement the new tests for diagnosis and new treatment regimens for the purpose of the improvement of the efficiency of treatment of chemoresistant tuberculosis from HIV positive patients. However, this will be insufficient without improvement of individual psychological work with patients.

**Keywords:** tuberculosis/HIV co-infection, chemoresistant tuberculosis, efficient treatment, treatment failure, lethality.

## ВСТУП

Настав час докорінно змінити погляд на проблему туберкульозу та шляхи її вирішення. Туберкульоз необхідно розглядати у контексті цілісного комплексу інших системних викликів суспільства. Для досягнення цілей з припинення у світі епідемії туберкульозу до 2030 року, за глобальними планами Організації Об'єднаних Націй та Всесвітньої організації охорони здоров'я із збереження здоров'я, необхідно вийти за звичні рамки систем охорони здоров'я, задіяти механізми міждисциплінарної, міжвідомчої та міждержавної співпраці та посилити роль суспільства в охороні здоров'я населення країн [1].

За результатами проведеного аналізу констатовано покращення епідеміологічної ситуації з туберкульозу. Однак на цьому тлі проявилися прогалини у роботі загальної медичної мережі та фтизіатрів. Це несвоєчасне виявлення хворих на туберкульоз, оскільки кожний п'ятий (22,2%) хворий помирає протягом одного року спостереження [2].

На сьогодні проблема виявлення туберкульозної інфекції у ВІЛ-інфікованих залишається недостатньо розв'язаною [3–7]. Подібність клініки туберкульозу легень і негоспітальної пневмонії при ВІЛ-інфекції, різноманітність рентгенологічних ознак за різного рівня імунодепресії та недостатня інформативність стандартної методики діагностики туберкульозу у ВІЛ-позитивних осіб внаслідок появи гіпер- та алергійних особливостей реактивності організму, особливо при позалегенових формах туберкульозу, призводить до затримки встановлення причини захворювання, що в подальшому може коштувати хворому здоров'я або життя [8–10]. Туберкульоз залишається однією з головних причин смерті

у ВІЛ-інфікованих [11, 12]. Основні принципи організації лікування туберкульозу у ВІЛ-інфікованих можна розділити на два напрямлення: організація контрольованого лікування; створення системи психологічної та соціальної адаптації хворих цієї категорії [5, 13].

Ефективне лікування хворих на туберкульоз є не тільки головним завданням фтизіатричної служби, а й ключовою умовою профілактики цього захворювання, так як розриває епідеміологічний ланцюг передачі збудника шляхом виключення з неї хворого туберкульозом [14].

## МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ

Вивчити ефективність лікування хворих на ко-інфекцію ТБ/ВІЛ в умовах Запорізької області за 2013–2017 роки за даними когортного аналізу.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

В Запорізькому регіоні за 2013–2017 роки було зареєстровано 379 випадків хіміорезистентного туберкульозу на фоні ВІЛ-інфекції. Всі хворі дали інформовану згоду на проведення обстеження і лікування. Діагноз туберкульозу встановлювався за даними анамнезу, даними клініко-рентгенологічної картини захворювання та даними бактеріологічних досліджень. Застосовували бактеріоскопію, молекулярно-генетичний тест Xpert MTB/RIF, вирощування мікобактерій на рідких середовищах на мікробіологічному автоматичному аналізаторі BD VACUUM MGIT. Була виявлена резистентність до протитуберкульозних препаратів: мультирезистентність (МРТБ), туберкульоз із стійкістю до рифампіцину (РифТБ), тубер-

кульоз з розширеною стійкістю (РРТБ), ризик розвитку мультирезистентного туберкульозу (РМРТБ). Для оцінки розповсюдження туберкульозного процесу хворим з ко-інфекцією ТБ/ВІЛ проводили комп'ютерну томографію органів грудної та черевної порожнини (КТ), магнітно-резонансну томографію головного мозку (МРТ), ультразвукове дослідження плевральної порожнини, органів черевної порожнини (УЗД). Лікування туберкульозу здійснювалось при резистентних формах за стандартним режимом хіміотерапії: 8ZCmLfx\*Pt (Et) Cs ( $\pm$  PAS) /12ZLfxPt(Et) Cs ( $\pm$  PAS). Діагноз ВІЛ-інфекції встановлювали за результатами серологічної діагностики. У 95% хворих ВІЛ при встановлюванні діагнозу активного туберкульозу рівень CD4-лімфоцитів нижче 200 клітин, навіть є поодинокі випадки коли він дорівнює 0. До початку лікування туберкульозу в умовах обласного протитуберкульозного диспансеру АРТ отримували лише 13,8% ВІЛ-інфікованих. Охоплення АРТ серед хворих на ко-інфекцію ВІЛ/ТБ у 2013 році склало 80,1%, 2014 – 56,7%, 2015 – 76,5%, 2016 – 80,0%, 2017 – 80%. Відкриття сайту замісної терапії (ЗПТ) в Запорізькому обласному протитуберкульозному диспансері відбулось 02.04.2012 року. Проводиться видача препарату Метадон Гідрохлорид. Ефективність лікування туберкульозу у хворих

з ко-інфекцією ТБ/ВІЛ визначали за даними когортного аналізу.

## РЕЗУЛЬТАТИ

У 2013 році було зареєстровано 44 випадки хіміорезистентного туберкульозу у ВІЛ-інфікованих, 2014 році мали вже 60 таких хворих, у 2015 році їх кількість знову зросла таких – 91 хворий, у 2016 році зафіксовано – 91, а у 2017 – 93 випадів. Діагностика та лікування хворих здійснювалось за допомогою сучасних методів та стандартних схем лікування, але ефективність лікування туберкульозу у 2013–2017 роках, по даним когортного аналізу, в Запорізькому регіоні виявилась низькою. Ефективним лікування туберкульозу вважається тоді, коли хворий пройшов повний курс протитуберкульозної хіміотерапії, відзначається зникнення симптомів захворювання, нормалізація лабораторних показників, позитивна рентгенологічна динаміка у вигляді розсмоктування патологічних змін у легенях, загоєння деструкцій, припинення бактеріовиділення.

У 2013 році ефективне лікування було у 18 (41%) хворих, перервали лікування – 8 (18,2%), невдача зафіксована в 5 (11,3%) випадках, летальних випадків зафіксовано 11 – 25,0% пацієнтів (рис. 1).

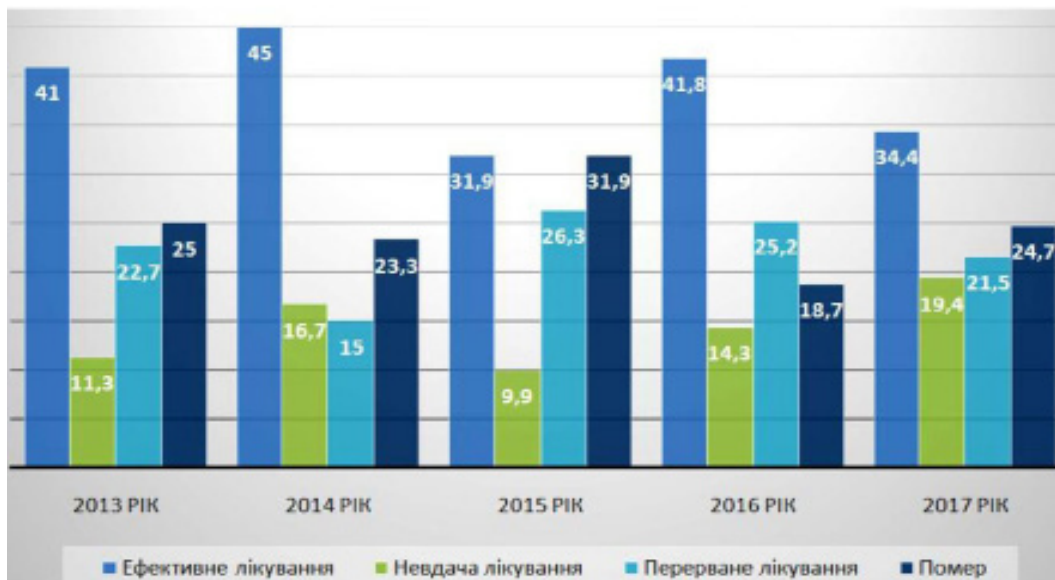


Рис. 1. Ефективність лікування хіміорезистентного туберкульозу у хворих на ко-інфекцію ТБ/ВІЛ (2013–2017)

У 2014 році ефективне лікування визначено в 45% випадків, невдача – 16,7%. У 2014 році невдача лікування становила 10 випадків, з них 3 – відсутність конверсії мокротиння, 3 – переведено на паліативне лікування, 2 – наявність небажаних побічних реакцій, 1 – ознаки реверсії мокротиння, 1 – додатково набута резистентність.

Результати лікування у ВІЛ-інфікованих

в 2015 році з резистентним туберкульозом дуже низькі, ефективне лікування та летальність на одному рівні – 31,9%. Летальність виросла в 1,3 рази в порівнянні з 2014 роком.

При розгляді 52 летальних випадків в обласному протитуберкульозному диспансері звертає на себе увагу те, що 10 (19,2%) – це випадки зареєстровані як РМРТБ, без лабораторної верифікації. Серед легневих форм переважають

дисеміновані – 36 (69,2%). Розповсюджені, деструктивні процеси такі як дисемінований туберкульоз в фазі розпаду був у 10 (19,2%) хворих, фіброзно-кавернозний туберкульоз легень – 4 (7,7%), казеозна пневмонія в одному випадку. Туберкульозний менінгоенцефаліт відмічено у 9 (17,3%) пацієнтів, криптококковий – 4 (7,7%), гепатити – 9(17,3%), цироз печінки – 7 (13,5%), саркома Капоші та лімфома по одному випадку. Високий відсоток летальних випадків у хворих з ко-інфекцією ТБ/ВІЛ свідчить про пізню діагностику та неефективність стандартної схеми лікування при розповсюджених процесах.

У 2016 році ефективне лікування було лише в 41,8% випадках. У хворих з резистентними формами за рахунок тривалого терміну лікування виявився високий відсоток перерваного лікування в 2015 році – 25,2%, 2016 – 23,0%.

Нерегулярний прийом АРТ і протитуберкульозна терапія викликають розвиток стійкос-

ті до препаратів і неефективність лікування. Таким чином, всі причини, що призводять до поганої прихильності до терапії, можна поділити на: пов'язані з пацієнтом, з характером самої терапії; з соціально-економічними факторами. Перед медичним персоналом виникає завдання надання допомоги в адаптації пацієнта до його нового статусу і формування прихильності до лікування.

Хворі, які знаходились на стаціонарному лікуванні в Запорізькому обласному протитуберкульозному диспансері з 2015 року проходили додаткове консультування, яке складалось з інформування про хворобу, проведення кризового консультування, формування терапевтичного альянсу. Для дослідження використовувалися методики ММРІ – визначення типу особистості та ТОБОЛ – тип ставлення до хвороби. В 2015 році додаткове консультування було у 16 хворих, в 2016 – 19. Результати консультування за тестами Тобол наведені в таблиці 1.

Таблиця 1

## Тип ставлення до хвороби хворих з хіміорезистентним туберкульозом ко-інфекцією ТБ/ВІЛ

| Тип ставлення до хвороби | 2015 рік | 2016 рік |
|--------------------------|----------|----------|
| Гармонійний              | 2        | 2        |
| Ергопатичний             | -        | 1        |
| Анозогнотичний           | -        | 1        |
| Тривожний                | 3        | 2        |
| Іпохондричний            | 2        | 2        |
| Неврастенічний           | 2        | 1        |
| Меланхолічний            | 2        | 5        |
| Апатичний                | 2        | 1        |
| Сенситивний              | -        | 1        |
| Егоцентричний            | 2        | 2        |
| Паранояльний             | 1        | 1        |
| Дисфоричний              | -        | -        |

Таким чином після інтерпретації блоку тестів був складений профіль особистості, визначено тип ставлення до хвороби, розроблено індивідуальний стиль подолання зі стресом. На підставі результатів дослідження були розроблені плани впливу для формування прихильності до лікування пацієнта.

Після додаткового консультування ефективним лікуванням визначено у 20 (57,1%) хворих, перервали протитуберкульозну хіміотерапію – 5 (11,4%) пацієнтів, невдача лікування встановлена у 6 (17,1%), летальних випадків – 5 (14,4%).

У 2017 році ефективним лікуванням було лише у 32 (34,5%) випадках, високим виявленим відсоток невдачі – 19,4%, перерваного лікування – 21,5%, летальних випадків – 24,7%. Невдача

лікування пов'язана в більшості випадків з переводом на паліативне лікування та відсутністю конверсії при завершенні інтенсивної фази лікування.

За 5 років невдача лікування становила 55 випадків. Із них 25 (45%) випадків становила відсутність конверсії мокротиння, 19 (34%) хворих переведено на паліативне лікування, 8 (15%) – реверсія мокротиння до позитивних результатів, 2 – наявність небажаних побічних реакцій, 1 – ознаки додатково набутої резистентності.

## ОБГОВОРЕННЯ

Діагностика та лікування туберкульозу є серйозною проблемою серед хворих з ко-інфекцією ТБ/ВІЛ. Проблема полягає ще й у тому, що у ВІЛ-інфікованих найчастіше вияв-

ляють позалегеновий туберкульоз. Пізня діагностика позалегенового ТБ через недоступність тестів, а також нестачу досвіду та практичних навичок з діагностики призводить до зростання смертності. Нерідко хворих із алкогольною або наркотичною залежністю виписують із лікарні через недотримання правил поведінки в стаціонарі. Відрив від протитуберкульозного лікування досить високий [15].

У рамках Проекту USAID2 «Посилення контролю за туберкульозом в Україні» (2012–2017) Коаліція ВІЛ-сервісних організацій провела роботу з удосконалення соціально-психологічних послуг хворим на туберкульоз. До типового протоколу соціально-психологічних послуг увійшли всі види допомоги, які хворі на туберкульоз можуть отримати в Україні, зокрема: видача мотиваційних наборів, оплата проїзду пацієнта, психологічна підтримка, навчання хворого і членів його родини, допомога в оформленні документів, отриманні державних субсидій і виплат, організація контрольованого лікування за допомогою мобільних чи Інтернет технологій (навчання пацієнтів і медичних працівників, надання оргтехніки [1, 16].

Значна психологічна травматичність туберкульозу, обумовлюючи розвиток у пацієнтів суміжних нейропсихічних станів та астеничних розладів, може бути причиною недостатньої результативності лікування, завчасного припинення терапії. Недостатність інформації, спотворені уявлення щодо характеру свого захворювання та його наслідків також негативно впливають на прихильність до лікування [17]. Після додаткового консультування ефективним лікуванням визначено у 20 (57,1%) хворих, перервали протитуберкульозну хіміотерапію – 5 (11,4%) пацієнтів. За результатами дослідження В. І. Петренко та співав. (2017) ефективність лікування 150 хворих із ко-інфекцією ТБ/ВІЛ становила від 53,5 до 90% в різних групах [18]. Наш відсоток ефективного лікування не перевищував 45, не зважаючи на те, що ми не мали випадків з неустановленою локалізацією та дуже рідко зустрічався синдром

відновлення міцної системи (СВІС). Слід звернути увагу на те, що серед критеріїв виключення з дослідження були хворі, які не завершили інтенсивну або продовжувальну фазу основного курсу антимікобактеріальної терапії через «відрив» (не з медичної причини) як соціально мало забезпечені або незахищені, але саме такі хворі складають більшу частину пацієнтів, які лікуються від туберкульозу. До того ж, хворим, які мали СВІС, у схему лікування додавались лінезолід (Lzd) та/або меропенем (Mpn). Дане дослідження підтверджує доцільність застосування карбапенемів та лінезоліду в схемах лікування хворих з ко-інфекцією туберкульоз/ВІЛ.

Таким чином для підвищення ефективності лікування хіміорезистентного туберкульозу у хворих з ВІЛ-інфекцією треба впровадження нових тестів для діагностики та нових схем лікування. Але цього буде недостатньо без удосконалення індивідуальної психологічної роботи з пацієнтами.

## ВИСНОВКИ

1. Результати лікування хіміорезистентного туберкульозу у ВІЛ інфікованих в Запорізькому регіоні в 2015 році дуже низькі, ефективне лікування та летальність на одному рівні – 31,9%. Летальність виросла в 1,3 рази в порівнянні з 2014 роком. У 2016 році ефективне лікування було лише в 41,8%, в 2017 році ще нижче – 34,5%.

2. У хворих з резистентними формами за рахунок тривалого терміну лікування виявився високий відсоток перерваного лікування в 2015 році – 25,2%, 2016 – 23,0%, 2017 – 21,5%.

3. У 2017 році високий відсоток невдачі терапії – 19,4% пов'язаний в більшості випадків з переводом на паліативне лікування та відсутністю конверсії при завершенні інтенсивної фази лікування.

4. Після проведення додаткового консультування у хворих з хіміорезистентним туберкульозом на фоні ВІЛ-ефективним лікуванням визначено у 20 (57,1%) хворих, перервали протитуберкульозну хіміотерапію – 5 (11,4%) пацієнтів, невдача лікування – 6 (17,1%), летальних випадків – 5 (14,4%).

## ЛІТЕРАТУРА

1. Melnik VM, Novozhilova IO, Matusevich VG. Psychological assistance to patients with tuberculosis. *Ukrayinskyy pulmonologichnyy zhurnal*. 2019; 2: 63–71.
2. Pyatnochka IT, Kornaha SI, Tkhorik NV. The shortcomings and their elimination analysis is the key to reducing the spread of chemoresistant tuberculosis. *Visnyk sotsialnoyi hihiyeny ta orhanizatsiyi okhorony zdorovya Ukrainy*. 2016; 1: 41–44.
3. Andrushchak MO. Characteristics of opportunistic infections arising from stage III–IV in HIV-infected people. *Zaporizkyy medychnyy zhurnal*. 2017; tom19, 2 (101): 217–220.
4. Pokrovsky VV, Ladnaya NN, Sokolova EV. HIV infection and tuberculosis in Russia: «Both are worse». *Tuberkuloz i bolezni logkikh*. 2014; 6: 3–8.
5. Esmail H, Riou C, Bruyn ED et al. The Immune Response to Mycobacterium tuberculosis in HIV-1-Coinfected Persons. *Annu Rev Immunol*. 2018; 36: 603–638. DOI: 10.1146/annurev-immunol-042617-053420.

6. Eshetie S, Gizachew M, Alebel A, van Soolingen D. Tuberculosis treatment outcomes in Ethiopia from 2003 to 2016, and impact of HIV coinfection and prior drug exposure: A systematic review and meta-analysis. PLOS ONE. 2018; 13 (3): e0194675. DOI: 10.1371/journal.pone.0194675.
7. Wejse C, Patsche CB, Kuhle A et al. Impact of HIV-1, HIV-2, and HIV-1+2 dual infection on the outcome of tuberculosis. International Journal of Infectious Diseases. 2015; 32: 128–143. DOI: 10.1016/j.ijid.2014.12.015.
8. Tciko OV. HIV/TB co-infection in the structure of the incidence of pulmonary pathology in HIV-positive persons (according to the materials of the medical archive of the Regional Clinical Infectious Hospital, Kharkiv for the period 2013–2017). Tuberkuloz, lehenevi khvoroby, VIL-infektsiya. 2019; 2: 78–84.
9. Mendez-Samperio P. Diagnosis of Tuberculosis in HIV Co-infected Individuals: Current Status, Challenges and Opportunities for the Future. Scand J Immunol. 2017; 86 (2): 76–82. DOI: 10.1111/sji.12567.
10. Prado TN, Rajan, JV, Miranda AE et al. Clinical and epidemiological characteristics associated with unfavorable tuberculosis treatment outcomes in TB-HIV co-infected patients in Brazil: a hierarchical polytomous analysis. Braz J Infect Dis. 2017; 21 (2): 162–170. DOI: 10.1016/j.bjid.2016.11.006.
11. Liskin IV, Zagaba LN, Nikolaeva OD. Pulmonary pathology and causes of death among hospitalized adult patients with HIV infection: pathological analysis. Tuberkuloz, lehenevi khvoroby, VIL-infektsiya. 2019; 2 (37): 24–34.
12. Marchenko NA. Efficacy and tolerability of antimycobacterial chemotherapy against antiretroviral therapy in patients with new cases of tuberculosis / HIV co-infection. PhD. 2015. Kyiv. Ukraine.
13. Dobkina MN, Solovyova SA, Chernov AS et al. Organization of treatment of patients with combined pathology of HIV / tuberculosis in the Tomsk region. Tuberkuloz i bolezni logkikh. 2014; 1: 91–94.
14. Feshchenko YI, O. Cherenko SB, Matveyeva OJ et al. Adverse reactions of antituberculosis drugs in the process of evaluating the effects of treatment of patients with tuberculosis. Tuberkuloz, lehenevi khvoroby, VIL-infektsiya. 2014; 4: 13–20.
15. Protsyuk RH. Topical issues of tuberculosis/HIV/AIDS co-infection in Ukraine. Tuberkuloz, lehenevi khvoroby, VIL-infektsiya. 2016; 1: 21–26.
16. Okromeshko SS, Hamazina KO, Leontieva SL, Vaytek E. Socio-economic support for patients with multidrug-resistant tuberculosis as an effective way of reducing treatment discontinuities. Tuberkuloz, lehenevi khvoroby, VIL-infektsiya. 2017; 1: 12–15.
17. Streltsov VV, Zolotova NV. Psychological rehabilitation of tuberculosis patients in the phase of intensive treatment. Konsultativnaya psikhologiya i psikhoterapiya. 2013; 1: 10–19.
18. Petrenko VI, Panasyuk VO, Radish GV et al. Comparative results of treatment of patients with tuberculosis (unspecified localization, rifampicin resistant lung, multiresistant lung, miliary and multiresistant nervous system) in combination with HIV. Tuberkuloz, lehenevi khvoroby, VIL-infektsiya. 2017; 1: 84–92.

*Стаття надійшла до редакції 12.04.2020*



DOI: [https://doi.org/10.34287/MMT.2\(45\).2020.4](https://doi.org/10.34287/MMT.2(45).2020.4)

V. A. Ohnev, K. G. Pomogaybo  
Kharkiv National Medical University  
Kharkiv, Ukraine

В. А. Огнєв, К. Г. Помогайбо  
Харківський національний медичний університет  
Харків, Україна

## IDENTIFICATION OF PRIORITY MEASURES TO OPTIMIZE THE QUALITY OF LIFE OF CHILDREN WITH OBESITY BASED ON THE STUDY OF THE MAIN ASPECTS OF THE PROBLEM

Визначення пріоритетних заходів щодо оптимізації якості  
життя дітей з ожирінням  
на основі вивчення основних аспектів проблеми

### Abstract

**Purpose of the study.** Identify measures to optimize the quality of life of children and adolescents with obesity.

**Materials and methods.** Bibliographic, statistical and sociological methods.

**Results.** It is noted an insufficient level of registration of obesity among children. During the study it was found that true prevalence of obesity and overweight in children and adolescents in Kharkiv was  $151,0 \pm 5,2$ . 22 factors of risk had a reliable impact on the development of overweight in children and adolescents. The main risk factors for the formation of the overweight were biological and social and hygienic. It was proved that the relative average life quality index of children and adolescents with obesity was  $60,7 \pm 0,5\%$ , and the most significant were restrictions in the physical ( $R_x = -6,8$ ) and psychological and emotional ( $R_x = -4,4$ ) spheres. The revealed shortcomings of medical assistance were: insufficient level of timely detection of the disease, medical-diagnostic process, a very low level of coverage by clinical supervision ( $29,6 \pm 2,7\%$ ), insufficient medical and hygienic education of the parents and, as a result and an unreasonable loading on specialized care. Based on the results of the research, the main measures to optimize the quality of life of obese children were identified.

**Conclusions.** Thus, to solve the problem of obesity in children such structures as local governments, educational institutions, healthcare institutions

### Резюме

**Мета дослідження.** Визначити заходи щодо оптимізації якості життя дітей та підлітків із ожирінням.

**Матеріали та методи.** Бібліографічні, статистичні та соціологічні методи.

**Результати.** Відзначається недостатній рівень реєстрації ожиріння серед дітей. Під час дослідження було встановлено, що справжня поширеність ожиріння та надмірної ваги у дітей та підлітків у Харкові склала  $151,0 \pm 5,2$ . 22 фактори ризику мали надійний вплив на розвиток зайвої ваги у дітей та підлітків. Основними факторами ризику формування зайвої ваги були біологічні та соціально-гігієнічні. Доведено, що відносний середній показник якості життя дітей та підлітків із ожирінням становив  $60,7 \pm 0,5\%$ , а найбільш значущими були обмеження у фізичному ( $R_x = -6,8$ ) та психологічному та емоційному ( $R_x = -4,4$ ) сфери. Виявленими недоліками медичної допомоги були: недостатній рівень своєчасного виявлення захворювання, лікувально-діагностичний процес, дуже низький рівень охоплення клінічним наглядом ( $29,6 \pm 2,7\%$ ), недостатня медико-гігієнічна освіта батьків і як результат необґрунтоване навантаження на спеціалізовану допомогу. На основі результатів дослідження були визначені основні заходи щодо оптимізації якості життя дітей з ожирінням.

**Висновки.** Таким чином, для вирішення проблеми ожиріння у дітей слід обов'язково залучати такі структури, як органи місцевого самоврядування,

*and public organizations should be obligatory involved. In particular, leading measures to optimize medical care were identified.*

**Keywords:** *overweight, obesity, children, prevalence, quality of life, risk factors, medical care.*

*навчальні заклади, заклади охорони здоров'я та громадські організації. Зокрема, були визначені провідні заходи щодо оптимізації медичної допомоги.*

**Ключові слова:** *зайва вага, ожиріння, діти, поширеність, якість життя, фактори ризику, медична допомога.*

## INTRODUCTION

Obesity has become a serious problem worldwide. Today, over a billion people on Earth are overweight and obese. Of particular concern is the spread of this condition among children and over the past decade, this trend has become characteristic of Ukraine [1–3]. Obesity has adverse physical and psychological effects on children and adolescents, and it is the direct cause of diseases of many organs and systems. In addition, childhood obesity can contribute to behavioral and emotional disorders, such as depression, and can lead to stigmatization, social exclusion and lower quality of life in general. Thus, overweight children not only suffer from diseases and mobility limitations, but also have a number of problems, which exist in relation to them in society. Therefore, a comprehensive study of the problem and the development of measures to improve the quality of life of obese children is an important task for modern health care [4–8].

## PURPOSE OF THE STUDY

Identify measures to optimize the quality of life of children and adolescents with obesity based on an analysis of the main aspects of the problem in the pediatric population.

## MATERIALS AND METHODS

During the study bibliographic, statistical and sociological methods were used and conducted: evaluation of the quality of life of children with obesity, the study of the prevalence of overweight and obesity, risk factors for the development of illness among children and adolescents, the quality of medical care for sick children and analysis of worldwide experience on the problem of childhood obesity.

## RESULTS AND DISCUSSION

It is noted that due to the low level of alertness and awareness of the population and the health care system in Ukraine there is an insufficient level of registration of obesity among children (13,5 per 1000 children aged 0–17 years inclusive (or 1,3%)) and often these patients first time seek medical care because of complaints related to the development of obesity complications, which significantly impair the quality of their life.

The prevalence of obesity and overweight in

children and adolescents in Kharkiv was studied. The information base of the study were the results of copying the necessary data from the official medical records of the clinic institution (polyclinic) of a representative sample of 4789 children aged 6–17 inclusive. The processing of the data was performed by calculating and evaluating the BMI according to age and sex using the method recommended by WHO experts. The general and special relative indicators for 1 thousand children population were calculated. According to the analysis, it was found that true overweight prevalence among children and adolescents exceeds official statistics in the Kharkiv region (15,1‰). Thus, the level of excess body weight and obesity was  $151 \pm 5,2\%$ , in boys and girls –  $164,5 \pm 7,6\%$  and  $136,3 \pm 7\%$ , respectively. It was found that the highest prevalence of overweight and obesity among boys and girls was observed in the age group of 6–9 years ( $189,9 \pm 9,6\%$ ), and the lowest in the group of 14–17 years ( $109,5 \pm 9\%$ ).

The identification of risk factors of overweight development was carried out according to a sociological survey of 809 children and adolescents with their parents of the main (413 overweight and obese persons) and control group (396 normal persons who belonged to a group of practically healthy children).

It was found, that 22 factors had a reliable impact on the development of overweight in children and adolescents. All factors were divided into basic and secondary, with influence force of 3% or more ( $\eta \geq 3\%$ ) and less than 3% ( $\eta < 3\%$ ) respectively. The main risk factors for the formation of the disease were biological and social and hygienic. Social and economic and psychological factors had a secondary impact on the development of the research pathology. The leading biological factors were family propensity to overweight ( $\eta = 9\%$ ;  $p < 0,001$ ; OR = 3,5; CI = 2,6–4,6); presence of burdened heredity ( $\eta = 6\%$ ;  $p < 0,001$ ; OR = 2,8; CI = 2,1–3,7), perinatal and postnatal factors. Significant social and hygienic factors were: irrational nutrition ( $\eta = 7\%$ ;  $p < 0,001$ ; OR = 3,0; CI = 2,2–4,0); diet disorders ( $\eta = 7\%$ ;  $p < 0,001$ ; OR = 2,9; CI = 2,2–3,9); reduced motor activity ( $\eta = 5\%$ ;  $p < 0,001$ ; OR = 2,6; CI = 2,0–3,5) and consumption a significant amount of food ( $\eta = 5\%$ ;  $p < 0,001$ ; OR = 2,7; CI = 2,0–3,6).

The quality of life study in children and adolescents with obesity was carried out in two stages: at the first stage, an individual written interview of 280 children was performed. At the

second stage, the analysis of the coefficients of quality of life and restrictions of certain spheres of life was carried out according to the received data. The relative indicator of quality of life by the special author's formula, regression coefficients were calculated and a model of the main components of life quality of obese children was built. The individual elements of each selected sphere of the restriction were determined.

It was proved that the relative average life quality index of children and adolescents with obesity was  $60,7 \pm 0,5\%$ , ranged from  $39,3\%$  to  $90,6\%$  and corresponded to an average level of variability ( $12,9\%$ ). It was found that the average life quality index is significantly lower in patients with complicated forms of the disease than without complications –  $48,3 \pm 1,0\%$  and  $62,6 \pm 0,4\%$  ( $p < 0,001$ ) respectively.

According to constructed model of main components of life quality was defined that  $94,3\%$  of the factors that affect the quality of life of children with this disease relating to restrictions in physical, psychological and emotional spheres, social and everyday life. At the same time, the most significant were restrictions in the physical ( $R_x = -6,8$ ) and psychological and emotional ( $R_x = -4,4$ ) spheres.

The main factors of the physical sphere were: limitation in performing heavy physical activity ( $67,9 \pm 3,0\%$ ), moderate exercise ( $46,4 \pm 3,2\%$ ), and climbing up the stairs ( $56,1 \pm 3,2\%$ ), complaints of rapid fatigue ( $37,8 \pm 3,2\%$ ) and shortness of breath and palpitation ( $55,7 \pm 3,2\%$ ). The following factors were found to have a significant effect on the quality of life in the psychological and emotional sphere: anxiety ( $39,7 \pm 3,2\%$ ), depression ( $41,4 \pm 3,2\%$ ), irritability ( $36,3 \pm 3,1\%$ ) and low self-esteem ( $51,5 \pm 3,3\%$ ).

The evaluation of the quality of health care for obese children was conducted on the basis of a sociological survey of 280 parents of obese children and copying data from accounting medical records (child development histories (f. No. 112/a)). The following parameters were studied: the state of the medical and diagnostic process, the coverage by clinical supervision (follow up), attendance and satisfaction with the work of specialists and parent awareness.

It was found that the state of medical care for children with this disease is due to the low level of primary care. The revealed shortcomings include: insufficient level of timely detection of the disease (proved diagnosis of obesity in the history of the child (f. No. 112/a) had only  $61,7 \pm 2,7\%$  of adolescents, and in  $36,1 \pm 2,9\%$  of children, the corresponding diagnosis was found as a result of self-appeal to an endocrinologist); medical-diagnostic process (data of complete minimum-necessary examination had  $15,0 \pm 2,1\%$  of children, and comprehensive treatment recommendations were obtained only in  $11,1 \pm 1,8\%$  of cases); a very low level of

coverage by clinical supervision ( $29,6 \pm 2,7\%$ ), insufficient medical and hygienic education of the parents and, as a result and an unreasonable loading on specialized care, which was confirmed by the predominance in the structure of appeals for medical assistance on obesity and its complications of visits to specialists (to the district pediatrician 3 or more times about the disease  $21,9 \pm 2,5\%$  of children and adolescents were applied, to endocrinologist –  $34,9 \pm 2,6\%$ , to cardiologist –  $16,4 \pm 2,2\%$ , to gastroenterologist –  $11,5 \pm 1,9\%$ , to neuropathologists –  $10,9 \pm 1,7\%$ , and to other specialists –  $9,4 \pm 1,7\%$ , respectively).

Based on the results of the research, the main measures to optimize the quality of life of obese children were identified.

Thus, leading measures to reduce the spread of obesity and its effects, which lead to a significant deterioration in the quality of life of children are changing the stereotypes and environment that contributes to the emergence of disease and optimization of quality of medical care, especially at primary level.

In order to take action to eliminate adverse environmental factors in practice, it is necessary that based on laws and policies at the state level were coordinated action and produced a common tactic of the solving problem. On this basis, appropriate administrative decisions should be taken to control marketing activities and recommendations should be developed for all structures and organizations related to the area of nutrition, trade, planning and arrangement of adjacent territories for providing an environment conducive to a healthy lifestyle. Thus, to solve the problem of obesity in children such structures as local governments, educational institutions, healthcare institutions and public organizations should be obligatory involved.

Priority measures to improve the quality of health care for children and adolescents with obesity should include: regular monitoring of the growth and development of children in schools and health care facilities, obligatory monitoring of BMI when carrying out preventive examinations of children and adolescents, implementation of information system for accounting, monitoring of health status and physical development of such children. These measures will facilitate early diagnosis of the disease, timely treatment and prevention of complications of obesity and will give the opportunity to receive information on obesity in time and develop appropriate preventative measures.

The main methods for the prevention and treatment of obesity are a rational diet and adequate exercise, so it is advisable to treat patients with obesity at the primary care level. The family physician or district pediatrician should play a leading role in the development of treatment plans and recommendations for the optimal combination of diet and exercise for patients with the disease, as

well as in monitoring the health of such children.

In addition, it should be noted that when providing medical assistance to obese children, it is necessary to take into account the psychological aspects of the disease, which were also identified in the study. Therefore, psychological correction for this purpose recommended, using modern techniques such as motivational interviewing.

## CONCLUSIONS

1. The results of a comprehensive study of the main aspects of overweight and obesity among children have revealed the following: the true prevalence of obesity among children and adolescents in Kharkiv is significantly different from the official statistics in Kharkiv region ( $151 \pm 5,2\%$ ); biological and socio-hygienic factors were identified as the leading risk factors for the formation and development of overweight in children and adolescents ( $p < 0,001$ );

the quality of life of obese children is primarily due to limitations in the physical ( $R_{xy} = -6,83$ ) and psycho-emotional ( $R_{xy} = -4,42$ ) spheres; the state of health care for children with obesity is ineffective, which is mainly confirmed by the insufficient level of timely detection of the disease and the medical-diagnostic process.

2. Thus, planning of activities to optimize the quality of life of children should aim at changing the existing stereotypes, living environment and improving the quality of medical care with the obligatory involvement of such structures as: local government, general education institutions, health care institutions and public organizations. In particular, in order to optimize the quality of medical care, it is recommended implementation of obligatory monitoring of the BMI of children and adolescents, the overwhelming observation of such patients by family doctors and conducting of psychological correction.

## REFERENCE

1. Dyachuk DD, Zabolotna IE. Rationale for the organization of medical and sociological monitoring of obesity in children in a multidisciplinary healthcare facility. *Visnyk sotsialnoyi hihiyeny ta orhanizatsiyi okhorony zdorovya Ukrainy*. 2017; 4: 41–47.

2. Dyachuk DD, Matyukha LF, Zabolotna IE. Family physicians' awareness of overweight and obesity in children (according to questionnaires from GPs and family doctors). *imeyna medytsyna*. 2017; 3: 69–72.

3. Zelinska NB, Rudenko NH. State of health care delivery for children with endocrine pathology in Ukraine in 2014. *Ukrainian. Ukrayinskyy zhurnal dytyachoyi endokrynolohiyi*. 2015; 2: 5–13.

4. Zelinska NB. Obesity in children: definition, treatment, prevention. *Clinical Practical Guidelines of the Endocrinological Society. Part 1. Ukrayinskyy zhurnal dytyachoyi endokrynolohiyi*. 2017; 3–4: 48–63.

5. Kalinichenko DO. Medical and social factors of health preservation for the contingent of children 15-17 years. *Aktualni problemy suchasnoyi medytsyny: Visnyk ukrayinskoyi medychnoyi stomatolohichnoyi akademiyi*. 2016; 16 (4) chastyna 2: 251–255.

6. Kosovtsova GV, Nikitina LD, Yudchenko OI. Features of physical and sexual development in adolescents with obesity. *Ukrayinskyy zhurnal dytyachoyi endokrynolohiyi*. 2014; 2: 81–82.

7. Machado AP, Lima BM, Laureano M.G et al. Educational strategies for the prevention of diabetes, hypertension, and obesity. *Rev Assoc Med Bras*. 2016; 62 (8): 800–808. DOI: 10.1590/1806-9282.62.08.800

8. Nechytyaylo YM, Kovtyuk NI. Overweight and obesity in school-age children. *Bukovynsky medychnyy visnyk*. 2016; 20 (3): 132–135.

*Стаття надійшла до редакції 28.04.2020*

DOI: [https://doi.org/10.34287/MMT.2\(45\).2020.5](https://doi.org/10.34287/MMT.2(45).2020.5)

О. М. Донік, Л. О. Литвинова, Н. В. Гречишкіна  
Національний медичний університет імені О. О. Богомольця  
Київ, Україна

O. M. Donik, L. O. Litvinova, N. V. Grechishkin  
Bogomolets National Medical University  
Kyiv, Ukraine

## ДЕЯКІ АСПЕКТИ НАСЛІДКІВ НЕБЕЗБЕЧНОЇ ПОВЕДІНКИ ДИТЯЧОГО НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ

### Some aspects of the consequences of the dangerous behavior of children in Ukraine

#### Резюме

**Мета дослідження.** Проаналізувати динаміку поширеності венеричних захворювань та наркологічних розладів серед дитячого населення України за період 2008–2017 роки, як наслідків їх небезпечної поведінки, визначити основні напрямки профілактики цих захворювань.

**Матеріали та методи.** До матеріалів дослідження були залучені дані звітів та довідників Центру медичної статистики МОЗ України, бази даних «Здоров'я для всіх» за 2008 та 2017 роки. Під час дослідження використано статистичний метод.

**Результати.** Проаналізовано динаміку показників дитячих венеричних захворювань та наркологічних розладів в різних віко-статевих групах; визначено найбільш вразливу групу дітей щодо цих захворювань; проаналізовано дитячу венеричну захворюваність та наркологічні розлади з урахуванням віку, статі, нозології; окреслено напрями профілактики небезпечної поведінки дітей.

**Висновок.** В усіх вікових групах дитячого населення спостерігається позитивна динаміка щодо венеричних захворювань та наркологічних розладів. Найбільш вразливою групою дітей є підлітки 15–17 років. Серед венеричних захворювань лідирує трихомоніаз, який має найвищі рівні у Дніпропетровській та Хмельницькій областях. Серед наркологічних розладів найбільш поширена гостра інтоксикація і розлади психіки через уживання алкоголю та тютюну. При цьому поширеність і вперше виявлені наслідки вживання тютюну серед підлітків мають негативну динаміку.

**Ключові слова:** дитяче населення, небезпечна поведінка, наркологічні розлади, венеричні захворювання, профілактика.

#### Abstract

**Purpose of the study.** To analyze the dynamics of prevalence of sexually transmitted diseases and drug disorders among Ukrainians child population of 2008–2017 period as a consequence of their dangerous behavior, to determine the main directions of prevention of these diseases.

**Materials and methods.** The survey materials included data from the reports and directories of the Health Statistics Center of the Ministry of Health of Ukraine, the Health for All Database for 2008 and 2017. The statistical method was used during the study.

**Results.** The dynamics of indicators of paediatric sexually transmitted diseases and drug disorders in different age groups were analyzed; identified the most vulnerable group of children for these diseases; a sexually transmitted disease and drug disorders were analyzed taking into account age, sex of child and nosology; the directions of prevention of dangerous behaviour of children are outlined.

**Conclusion.** All age groups in the pediatric population have a positive trend in sexually transmitted diseases and drug disorders. The most vulnerable group of children is teenagers aged 15–17. Trichomoniasis, which has the highest levels in Dnipropetrovsk and Khmelnytsky region, is the leading sexually transmitted disease. Among drug disorders, the most common acute intoxication and mental disorders are due to alcohol and tobacco use. The prevalence and first-time effects of tobacco use among adolescents have a negative trend.

**Keywords:** child population, dangerous behavior, drug disorders, sexually transmitted diseases, prevention.

## ВСТУП

## РЕЗУЛЬТАТИ

Венеричні захворювання та наркологічні розлади – це не просто група нозологічних форм, що постійно вивчаються серед всього населення і рідко зустрічаються серед дитячого населення. Саме ці захворювання асоціюються у нас з небезпечною, ризиковою поведінкою дітей, особливо у підлітків. Хоча вивченню проблеми поширення захворювань, що передаються статевим шляхом, та вживання наркотичних речовин, присвячено безліч наукових робіт, вона потребує постійного моніторингу, у т. ч. задля оцінки дієвості профілактичних заходів, що проводяться серед дитячого населення [1].

## МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ

Проаналізувати динаміку поширеності венеричних захворювань та наркологічних розладів серед дитячого населення України за період 2008–2017 роки, як наслідків їх небезпечної поведінки, визначити основні напрямки профілактики цих захворювань.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Матеріалами дослідження стали дані звітів та довідників Центру медичної статистики МОЗ України, бази даних «Здоров'я для всіх» за 2008 та 2017 роки. У ході дослідження використано статистичний метод.

Стан здоров'я людини безпосередньо залежить від рівня усвідомлення особистістю власної відповідальності за своє здоров'я, налаштування на його зміцнення та збереження. Водночас спосіб життя та соціально-небезпечні явища, які досить поширені в дитячому середовищі, є суттєвим викликом для здоров'я майбутнього покоління в цілому. Куріння, вживання алкоголю і наркотиків, ризикована сексуальна поведінка – все це провокує поширення соціально небезпечних хвороб, таких як венеричні захворювання та наркологічні розлади [2].

Чи є поширення захворювань, що передаються переважно статевим шляхом (оскільки поширення ВІЛ/СНІДу, гепатиту С та інше потребують окремого аналізу), такою значною проблемою серед дитячого населення? Ці захворювання становлять у дітей 0,4–1,26% випадків стосовно всього населення. Незважаючи на «помолодшання» сексуального життя, в усіх без винятку вікових групах дитячого населення спостерігається позитивна динаміка захворювань, що передаються переважно статевим шляхом (табл. 1). При цьому найвищі показники спостерігаються у групі підлітків із найменшим темпом їх зниження. Стосовно окремих нозологічних форм слід зазначити, що серед таких захворювань лідує трихомоніаз, рівень якого знижується найповільніше. Сифіліс та гонорея, які вважаються традиційними венеричними захворюваннями, серед дитячого населення посідають останні місця з темпом зниження 80–90% в усіх вікових групах.

Таблиця 1

Динаміка частоти захворювань, що передаються переважно статевим шляхом, серед дитячого населення України у 2008–2017 роках (на 100 000 відповідного населення)

| Нозологічна форма                 | 0–17 років |      | Темп зниження % | 0–14 років |      | Темп зниження % | 15–17 років |       | Темп зниження % |
|-----------------------------------|------------|------|-----------------|------------|------|-----------------|-------------|-------|-----------------|
|                                   | 2008       | 2017 |                 | 2008       | 2017 |                 | 2008        | 2017  |                 |
| Сифіліс (всього)                  | 4,67       | 0,46 | 90,1            | 1,85       | 0,17 | 90,8            | 14,74       | 2,22  | 84,9            |
| Ранній сифіліс                    | 4,29       | 0,38 | 91,1            | 1,46       | 0,12 | 91,7            | 14,36       | 1,95  | 86,4            |
| У т. ч. ранній латентний          | 2,04       | 0,24 | 88,2            | 1,02       | 0,11 | 89,2            | 5,70        | 1,02  | 82,1            |
| Інші та неуточнені форми сифілісу | 0,20       | 0,04 | 80,0            | 0,15       | 0,02 | 86,6            | 0,38        | 0,19  | 50,0            |
| Гонорейна інфекція                | 3,90       | 0,59 | 84,8            | 1,05       | 0,23 | 78,1            | 14,09       | 2,78  | 80,3            |
| У т. ч. хронічна                  | 1,66       | 0,29 | 82,5            | 0,48       | 0,09 | 81,3            | 5,86        | 1,48  | 74,7            |
| Хламідіоз                         | 5,50       | 0,92 | 93,3            | 1,52       | 0,09 | 94,1            | 19,68       | 5,93  | 69,8            |
| Трихомоніаз                       | 25,46      | 6,33 | 75,1            | 5,01       | 1,38 | 72,5            | 98,27       | 36,34 | 63,0            |
| Урогенітальний мікоплазмоз        | 7,70       | 1,98 | 74,2            | 1,71       | 0,31 | 81,8            | 29,05       | 12,14 | 58,2            |

Щодо окремих віко-статевих груп дитячого населення в захворюваності існують певні відмінності: більшість нозологічних форм захворювань, що передаються переважно статевим шляхом, мають вищі показники у дівчат підліткового віку (табл. 2) [2]. Так, при зниженні цих показників за відповідний період на 65–70% рівень захворюваності на трихомоніаз у дівчат ви-

щий порівняно з юнаками у 4,3 рази, на урогенітальний мікоплазмоз та хламідіоз, відповідно, у 5,5 та 3,5 рази. Для порівняння, ця різниця між дорослими (старше за 18 років) жінками і чоловіками значно менша: у 3,1 рази щодо трихомоніазу, у 2,0 та 1,5 рази щодо мікоплазмозу та хламідіозу відповідно.

Динаміка частоти захворювань, що передаються переважно статевим шляхом, в різних віко-статевих групах дитячого населення України у 2008–2017 роках (на 100 000 відповідного населення)

| Нозологічна форма          | 0–17 років |      |         |       | 0–14 років |      |          |      | 15–17 років |       |         |       |
|----------------------------|------------|------|---------|-------|------------|------|----------|------|-------------|-------|---------|-------|
|                            | юнаки      |      | дівчата |       | хлопчики   |      | дівчатка |      | юнаки       |       | дівчата |       |
|                            | 2008       | 2017 | 2008    | 2017  | 2008       | 2017 | 2008     | 2017 | 2008        | 2017  | 2008    | 2017  |
| Сифіліс                    | 3,07       | 0,41 | 6,36    | 0,51  | 1,83       | 0,21 | 1,86     | 0,13 | 7,49        | 1,62  | 22,37   | 2,86  |
| Гонококова інфекція        | 2,74       | 0,43 | 5,13    | 0,76  | 0,21       | 0,03 | 1,93     | 0,44 | 11,76       | 2,88  | 16,53   | 2,67  |
| Хламідіоз                  | 2,25       | 0,43 | 8,93    | 1,44  | 0,21       | 0,06 | 2,91     | 0,13 | 9,52        | 2,70  | 30,36   | 9,36  |
| Трихомоніаз                | 5,90       | 2,14 | 46,07   | 10,78 | 0,66       | 0,18 | 9,61     | 2,65 | 24,59       | 14,05 | 175,73  | 59,97 |
| Урогенітальний мікоплазмоз | 2,46       | 0,64 | 13,22   | 3,41  | 0,18       | 0,12 | 3,32     | 0,51 | 10,59       | 3,78  | 48,46   | 21,01 |

Доцільно також було проаналізувати динаміку трихомоніазу в розрізі областей, який посідає лідируючу позицію серед венеричних захворювань дитячого населення (рис. 1). За загальної позитивної динаміки цього показника (крім Закарпатської області), «найуспішнішими» областями у боротьбі з трихомоніазом є Кіровоградська та

Сумська області (зниження на 98% та 82,8%, відповідно). Найнижчі рівні захворюваності спостерігаються у західних областях України і досить високими залишається у Дніпропетровській та Хмельницькій областях (вище за рівень в Україні у 3,1 та у 4,1 рази, відповідно).

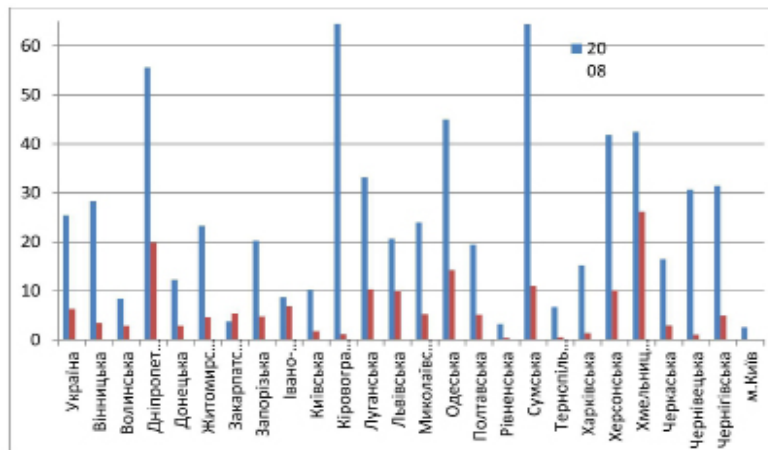


Рис. 1. Динаміка трихомоніазу дитячого населення віком 0–17 років в Україні у 2008–2017 роках (на 100 000 відповідного населення)

Аналізуючи венеричну захворюваність різних вікових груп, слід зазначити, що в дорослого населення вона в рази вища порівняно з дитячим. Питома вага захворювань, що передаються статевим шляхом, у дітей стосовно всього населення складала від 1,25% (хламідіоз) до 3,36% (сифіліс) у 2008 році та 0,4% до 1,26% у 2017 році, відповідно. При зменшенні і незначному внеску цих захворювань в загальну венеричну захворюваність всього населення все ж викликає занепокоєння присутність їх у дитячому віці взагалі [3].

Порівняльна характеристика динаміки рівнів захворюваності та поширеності наркологічних розладів у різних вікових групах наведена на рисунку 2. Очевидно наркологічні розлади зазнали позитивної динаміки в усіх вікових групах (наприклад, серед підлітків поширеність

знизилася на 42,5%), але саме в цій віковій групі вони залишаються найвищими.

Особливої уваги потребує аналіз динаміки захворюваності та поширеності окремих розладів психіки через уживання деяких речовин у різних вікових групах дитячого населення України (табл. 3). Незважаючи на позитивну динаміку, рівень тютюнопаління серед підлітків залишається достатньо високим. Викликає занепокоєння традиційна група ризику – підліткове населення 15–17 років. Серед цього контингенту найбільш поширена гостра інтоксикація та розлади психіки через уживання алкоголю й тютюну, при цьому поширеність та вперше виявлені наслідки вживання тютюну серед підлітків зросли на 7,5 і 14,9%, відповідно.

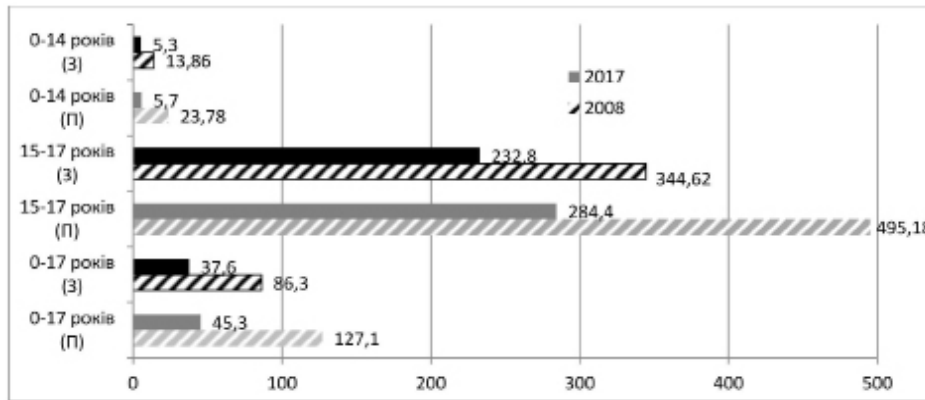


Рис. 2. Динаміка захворюваності (З) та поширеності (П) наркологічних розладів в різних вікових групах дитячого населення України у 2008–2017 роках (на 100 000 відповідного населення)

Таблиця 3

Динаміка захворюваності (З) та поширеності (П) окремих розладів психіки через уживання деяких речовин у різних вікових групах дитячого населення України у 2008–2017 роках (на 100 000 відповідного населення)

| Гостра інтоксикація та розлади психіки через уживання | 0–17 років |      |      |      | 15–17 років |       |       |      | 0–14 років |      |      |      |
|---|------------|------|------|------|-------------|-------|-------|------|------------|------|------|------|
|   | П          |      | З    |      | П           |       | З     |      | П          |      | З    |      |
|   | 2008       | 2017 | 2008 | 2017 | 2008        | 2017  | 2008  | 2017 | 2008       | 2017 | 2008 | 2017 |
| Алкоголю  | 64,3       | 15,0 | 41,9 | 10,9 | 259,7       | 97,9  | 175,3 | 71,4 | 9,5        | 1,4  | 4,4  | 0,9  |
| Опіюїдів, каннабіноїдів, кокаїну, галюциногенів       | 14,0       | 4,5  | 9,3  | 3,5  | 58,9        | 31,0  | 39,6  | 23,7 | 1,3        | 0,1  | 0,8  | 0,1  |
| Седативних або снодійних речовин                      | 10,3       | 0,6  | 3,7  | 0,4  | 36,5        | 4,2   | 12,3  | 2,7  | 2,9        | -    | 1,2  | -    |
| Тютюну  | 38,5       | 25,1 | 31,5 | 22,8 | 140,1       | 151,4 | 117,5 | 135  | 10         | 4,2  | 7,4  | 4,3  |

Таким чином, необхідна подальша реалізація активних заходів щодо контролю над тютюном із метою зменшення поширеності куріння серед дітей. При різноманітності психоактивних речовин підлітки частіше вживають недорогі речовини і в значних дозах, що призводить до гострої інтоксикації організму. А оскільки зловживання психоактивними речовинами серйозно порушує розвиток багатьох базових навичок, діти потребують різнопланової реабілітації [1]. Важливо зазначити, що на спосіб життя дитини впливають не лише її індивідуальні особливості, але й навколишнє середовище і оточення: сім'я, коло спілкування та суспільство в цілому. Кожен із перерахованих чинників може як стимулювати фактори ризику (алкоголізм, куріння, ризикова сексуальна поведінка), так і навпаки – виступати захисним фактором [4]. Державний стандарт соціальної послуги профілактики, затверджений Міністерством соціальної політики України (2015), передбачає організацію навчання і просвітницьких заходів, спрямованих на зміну поведінки та формування здорового способу життя [5]. При розгляді моделі зміни поведінки від отримання інформації до конкретних дій щодо зміни поведінки встановлено, що зв'язок

між знанням або інформацією про ризики для здоров'я, які надають різноманітні освітні, навчальні, пропагандистські програми і кампанії, та поведінкою дитини зовсім не прямий, інколи він узагалі відсутній [2]. Модель зміни поведінки від отримання інформації до конкретних дій дозволяє адекватно оцінювати очікуваний вплив заходів і проектів на поведінку дитини, планувати всі необхідні етапи для формування здорового способу життя. Тому профілактика небезпечної поведінки дітей повинна мати індивідуальний підхід до кожного конкретного випадку.

## ВИСНОВКИ

1. В усіх вікових групах дитячого населення спостерігається позитивна динаміка щодо венеричних захворювань та наркологічних розладів.
2. Ці показники мають певні віко-статеві, нозологічні та територіальні особливості: найбільш вразливою групою дітей є підлітки 15–17 років.
3. Аналіз венеричних захворювань виявив перевагу трихомоніазу, який має найвищі рівні у Дніпропетровській та Хмельницькій областях.
4. Серед наркологічних розладів найбільш поширена гостра інтоксикація і розлади психіки



через уживання алкоголю та тютюну, при цьому саме вживання підлітками тютюну має негативну динаміку.

5. Всі стратегії і моделі профілактики допо-

внюють одна одну, а тому їхні елементи доцільно використовувати при розробці окремих заходів та комплексних профілактичних програм щодо небезпечної поведінки дітей різних вікових груп.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Volnova LM. Prevention of deviant behavior of adolescents: navchalno-metodychnyy posibnyk do spetskursu «Psykhohiia deviatsiy» dlya studentiv spetsialnosti «Sotsialna robota» u 2-kh chastynakh. Chastyna 1. Teoretychna chastyna. 2-e vydannya. Kyiv, 2016.

2. Andriuchenko T, Vakulenko O, Volkov B et al. Forming a healthy lifestyle for young people. Navchalno-metodychni rekomendatsiyi. 2-e vydannya. Kyiv, 2019.

3. Sokolova OA, Logacheva TM, Dyadik TG,

Malkovich AV. Sexual infection in children. Lechashchiy Vrach. 2005; 7: 22–26.

4. Inequalities in Adulthood: Gender and Socio-Economic Disparities in Health and Well-Being in Children and Adolescents. World Health Organization, 2016. <https://yadi.sk/mail/?hash=TF2KLO2Yt24Ctg92mCYuQ9A3PefZM5cZ%2F%2FB%2FyzzrSoY%3D>.

5. Order of the Ministry of Social Policy of Ukraine «On Approval of the State Standard for Social Prevention Services» of 10.09.2015. <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/zll55-15>.

*Стаття надійшла до редакції 17.04.2020*

DOI: [https://doi.org/10.34287/MMT.2\(45\).2020.6](https://doi.org/10.34287/MMT.2(45).2020.6)

**І. С. Миронюк, Г. О. Слабкий, В. Й. Білак-Лук'янчук, В. В. Кручаниця**  
Державний вищий навчальний заклад «Ужгородський національний університет»  
Ужгород, Україна

**I. S. Mironyuk, G. O. Slabkiy, V. Y. Bilak-Lukyanchuk, V. V. Kruchanytsya**  
State University «Uzhhorod National University»  
Uzhhorod, Ukraine

## ГОТУЄМО МАГІСТРІВ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

### We're training the master's public health

#### Резюме

**Мета роботи.** Дослідити законодавчі основи підготовки спеціалістів для системи громадського здоров'я та визначити загальні методичні підходи та проблеми при підготовці магістрів за спеціальністю «Громадське здоров'я».

**Матеріали та методи.** Матеріали: законодавча база та статистичні дані МОН України з питань набору студентів за спеціальністю «Громадське здоров'я». Методи: системний підхід, структурно-логічний аналіз, контент-аналіз, статистичний.

**Результати та методи.** Для забезпечення ефективного функціонування системи в країні затверджено спеціальність «Громадське здоров'я» і почалася підготовка фахівців першого рівня – бакалавр та другого освітнього рівня – магістр. Затверджено державні освітні стандарти підготовки фахівців для системи громадського здоров'я. Затверджені ліцензійні обсяги підготовки фахівців. Проведений набір студентів у 2019 році для навчання з метою освоїти спеціальність громадське здоров'я (бакалаврат 6,9% ліцензійного набору, магістратура 7,0% ліцензійного набору) вказує на те, що дана спеціальність авторитетом у абітурієнтів не користується. Низький попит в абітурієнтів на спеціальність «Громадське здоров'я» пов'язаний з відсутністю інформації про місце працевлаштування по закінченню навчання.

**Висновки.** Підготовка майбутніх фахівців проводиться відповідно до державного стандарту але у навчальних закладах відсутнє сучасне навчальне та методичне забезпечення.

**Ключові слова:** громадське здоров'я, магістри, підготовка, кількість, законодавче підґрунття, проблеми.

#### Abstract

**Purpose of the study.** The legal basis of training of specialists for the public health system and to determine the general methodological approaches and problems during the preparation of masters with specialization in «Public health» was study.

**Materials and methods.** Materials: Legislation basis and statistics of the Ministry of Education and Science of Ukraine on admission of students with specialization in «Public Health». Methods: systematic approach, structural-logical analysis, content and statistical analysis.

**Results and methods.** In order to ensure the effective functioning of the system in the country, «Public Health» specialty was approved and there was started the training of specialists of the first level – bachelor, and the second educational level – master. National educational standards for the training of specialists in the public health system have been approved. Licensed volumes of preparation of specialists have been approved. The enrollment of students in 2019 for the public health speciality (bachelor's degree 6,9% of licensed admission, master's degree 7,0% of licensed admission) clearly shows that this specialty does not have prestige with prospective students. The low demand for public health specialty among prospective students can be justified by the lack of information about post-graduation employment.

**Conclusions.** Preparation of future professionals is carried out in accordance with the state standard, but there is no modern educational and methodological support in educational institutions.

**Keywords:** public health, masters, preparation, number, legal basis, problems.

## ВСТУП

Становлення України як демократичної, правової, соціальної держави з соціально-орієнтованою економікою, її європейська та євроатлантична інтеграція передбачають формування та розвиток висококваліфікованого корпусу фахівців у сфері охорони здоров'я як у медичних закладах, так і в органах влади – практиків та науковців, державних службовців і посадових осіб місцевого самоврядування [1].

Кадровий потенціал забезпечує ефективність та якість надання відповідних медичних та управлінських послуг. Кадровий потенціал це трудові можливості підприємства, здатність персоналу до генерування ідей, створення нової продукції, його освітній, кваліфікаційний рівень, психофізіологічні характеристики і мотивація [2, 3].

Стійкість системного та розвиток кадрового потенціалу належить до пріоритетів нової Європейської політики «Здоров'я-2020» [4]. Всі 53 держави – члени Європейського регіону ВООЗ прийняли рішення про створення нових спільних основ політики – Здоров'я-2020. Їх загальна мета – «значно поліпшити здоров'я і підвищити рівень добробуту населення, скоротити нерівності стосовно здоров'я, зміцнити охорону громадського здоров'я та забезпечити наявність універсальних, соціально справедливих, стійких і високоякісних систем охорони здоров'я, орієнтованих на людину». Здоров'я-2020 враховує всю різноманітність країн регіону. Основи політики звернені до різних аудиторій, як в державних органах, так і поза ними – надихаючи їх і пропонуючи оптимальні шляхи для вирішення комплексних завдань охорони здоров'я в ХХІ столітті. Ефективність охорони здоров'я та економічна ефективність взаємопов'язані. При цьому оптимальне використання ресурсів в секторі охорони здоров'я і в першу чергу кадрових має ключове значення [5, 6].

В Україні галузь охорони здоров'я орієнтується на лікування захворювань, а не на їх попередження. Більшість ресурсів спрямовані на лікування хвороби і лише невелика їх частина передбачає збереження здоров'я. Одним з основних завдань реформування медичної галузі є переорієнтація від політики лікування до політики збереження та зміцнення здоров'я і попередження захворювань [7, 8].

Громадське здоров'я це система наукових, політичних, економічних, медико-соціальних заходів, спрямованих на організацію зусиль суспільства, державних та недержавних інституцій, громад та окремих осіб щодо зміцнення здоров'я, профілактики захворювань, продовження активного і працездатного віку шляхом забезпечення умов, за яких люди можуть бути здоровими, а також заохочення до здорового

способу життя [9]. Громадське здоров'я опікується загрозами здоров'ю населення. У центрі уваги громадського здоров'я є поліпшення здоров'я та якості життя шляхом профілактики і відновлення захворювань та усунення чинників, що негативно впливають на фізичне і психічне здоров'я, шляхом контролю детермінант здоров'я і формування здорового способу життя. Сучасна практика громадського здоров'я вимагає ефективної діяльності міждисциплінарної команди фахівців [10]. В Європейському регіоні ВООЗ використовується визначення громадської охорони здоров'я, яке запропонував Acheson: «наука і практика попередження хвороб, продовження життя і зміцнення здоров'я за допомогою організованих дій, до яких вдається вся спільнота» [11].

## МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ

Дослідити законодавчі основи підготовки спеціалістів для системи громадського здоров'я та визначити загальні методичні підходи та проблеми при підготовці магістрів за спеціальністю «Громадське здоров'я».

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Матеріалами дослідження стали законодавча база та статистичні дані МОН України з питань набору студентів за спеціальністю «Громадське здоров'я». Методами дослідження слугували структурно-логічний аналіз, контент-аналіз, статистичний. Методичною базою дослідження був системний підхід.

## РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

На першому етапі дослідження було вивчено міжнародні та національні передумови підготовки кадрів для системи громадського здоров'я. В ході дослідження було встановлено слідуєче.

В 2012 році Європейським регіональним бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) прийнято документ «Європейський план дій з укріплення потенціалу та послуг громадського здоров'я» (ЄДП), який став дороговказом у розвитку громадського здоров'я в Європейському регіоні.

Метою ЄДП є надання підтримки європейським державам – членам ВООЗ у справі поліпшення здоров'я, скорочення нерівності, а також у забезпеченні здійснення оперативних функцій громадського здоров'я (ОФГЗ) і основного переліку доступних, високоякісних, ефективних послуг системи громадського здоров'я на індивідуальному, місцевому та популяційному рівнях, а також зміцнення потенціалу системи громадського здоров'я.

Завдання ЄДП полягає в розробці та здійсненні,

моніторингу, оцінюванні дій зі зміцнення потенціалу та послуг системи громадського здоров'я в ході широкого консультативного процесу, у якому беруть участь усі європейські держави – члени ВООЗ та основні міжнародні партнери.

ЄПД щодо зміцнення потенціалу та послуг системи громадського здоров'я в масштабах всієї Європи – не просто технічний документ. Це ініціатива, орієнтована на практичні дії, а її розробка і реалізація відображають цінності та принципи, закладені в основах політики «Здоров'я-2020», у якій представлено бачення і напрям політики в інтересах здоров'я в Європі в XXI столітті. І основи політики «Здоров'я-2020», і ЄПД закликають до забезпечення прихильності справі поліпшення здоров'я і скорочення нерівності із застосуванням загальнодержавного підходу і в масштабах усього суспільства. Тобто, завдання поліпшення громадського здоров'я передбачає відповідні механізми стратегічного управління, а процес прийняття рішень спирається на базові принципи прав людини, соціальної справедливості, партнерських відносин та сталого розвитку.

ЄПД є одним з основоположних компонентів політики «Здоров'я-2020». Ключові сфери діяльності стосуються зміцнення і подальшого розвитку і підтримуючого потенціалу та послуг системи громадського здоров'я з метою поліпшення здоров'я і скорочення нерівності за допомогою впливу на соціальні детермінанти здоров'я. Об'єднуючим принципом системи громадського здоров'я є властивий їй суспільний характер, а також той факт, що вона орієнтована головним чином на здоров'я населення в цілому. Система громадського здоров'я може розумітися як ключовий аспект ширшої системи охорони здоров'я і може відігравати важливу роль у збільшенні ефективності та результативності роботи системи охорони здоров'я. Пропонується зберегти визначення поняття «системи охорони здоров'я», яке затверджене у 2008 році. Талліннською хартією: «У політичних та інституційних межах кожної країни система охорони здоров'я – це сукупність усіх державних і приватних організацій, установ, структур ресурсів, призначення яких – покращувати, зберігати або відновлювати здоров'я людей. Системи охорони здоров'я передбачають надання як індивідуальних, так і громадських послуг, а також дії щодо забезпечення впливу на політику і діяльність інших секторів з метою приділення необхідної уваги соціальним, екологічним та економічним детермінантам здоров'я».

Система охорони здоров'я (очолювана міністерством охорони здоров'я) відіграє центральну роль в управлінні у сфері охорони громадського здоров'я та надання послуг громадської охорони здоров'я. Таким чином, охорона громадського здоров'я також безпосередньо сто-

сується систем охорони здоров'я, а ці системи, своєю чергою, можуть бути ефективні, тільки якщо мають у своєму складі потужний компонент, пов'язаний з послугами громадської охорони здоров'я.

Десять ОФГЗ запропоновані в формі докладного переліку для оцінювання потенціалу та послуг системи громадського здоров'я, а також дій, необхідних для їх покращення. Вони належать до найважливіших послуг системи громадського здоров'я (ОФГЗ 1–5), а також стосуються всіх аспектів (ОФГЗ 6–10) і сприяють здійсненню ОФГЗ 1–5. Не передбачається, що ОФГЗ розглядатимуться як 10 окремих послуг. Їх можна буде адаптувати залежно від різних умов і виконувати групами або блоками. Наприклад, ОФГЗ 1 і 2 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 (ОФГЗ 3–5), тоді як ОФГЗ 6–10 покликані сприяти вдосконаленню надання послуг у цілому.

Сьомою основною оперативною функцією громадського здоров'я є забезпечення сфери громадського здоров'я достатньою кількістю кваліфікованих кадрів.

В Україні формування нової служби громадського здоров'я узгоджується з програмними міжнародними та національними документами, насамперед зі Стратегією сталого розвитку «Україна-2020», затвердженою Указом Президента України від 12.01.2015 р., Угодою про асоціацію між Україною та ЄС, розділ 22 якої розкриває першочергові завдання та напрями діяльності у сфері громадського здоров'я. Інституційне формування національної служби громадського здоров'я відбувається відповідно до Концепції розвитку системи громадського здоров'я, затвердженої Розпорядженням КМУ від 30.11.2016 р. № 1002-р. та Плану заходів щодо реалізації Концепції розвитку системи громадського здоров'я, затвердженого Розпорядженням КМУ від 18.08.2017 р. № 560-р. Концепція визначає напрями, механізми і строки формування системи громадського здоров'я, з метою розроблення та реалізації ефективної державної політики для зміцнення здоров'я, попередження захворювань, продовження активного та працездатного віку та заохочення до здорового способу життя шляхом об'єднаних зусиль усього суспільства.

Подальша робота в країні скерована на забезпечення системи громадського здоров'я кваліфікованими кадрами. Так, в 2015 році КМУ була затверджена спеціальність «Громадське здоров'я», а в подальшому Міністерство освіти та науки України затвердило освітні стандарти з підготовки бакалаврів та магістрів (Наказ Міністерства освіти і науки України від 12.12.2018 р. № 1383

«Про затвердження стандарту вищої освіти за спеціальністю 229 «Громадське здоров'я» для другого (магістерського) рівня освіти») за спеціальністю «Громадське здоров'я».

Підготовка фахівців за спеціальністю «Громадське здоров'я» передбачає формування нової генерації професіоналів для органів державного управління, місцевого самоврядування, суб'єктів господарювання різних форм власності в т. ч. недержавних організацій у сфері громадського здоров'я, які б сприяли удосконаленню та впровадженню державної політики, спрямованої на вирішення проблем, пов'язаних із погіршенням медико-демографічної ситуації в країні, нерівністю до здоров'я зберігаючи та здоров'я формуючих технологій та послуг, незадоволенням значної частини громадян станом медичної допомоги та захистом прав пацієнтів, необхідністю розвитку міжгалузевої та міжсекторальної співпраці з охорони громадського здоров'я в Україні за загальнонаціональним принципом «охорона здоров'я в усіх політиках держави».

Зокрема навчання фахівців за освітнім рівнем бакалавра має за мету підготовку спеціалістів здатних розв'язувати складні задачі і проблеми у галузі громадського здоров'я або у процесі навчання, що передбачає застосування певних теорій та методів відповідної науки і характеризується невизначеністю умов і вимог.

Освітній стандарт для другого освітнього рівня (магістра) передбачає об'єкти вивчення, теоретичний зміст предметної області навчання, методи тощо.

Цілями навчання в магістратурі є отримання знань та навичок із оцінки стану здоров'я населення та детермінант, що на нього впливають, а також розробки і впровадження політик та заходів, спрямованих на збереження, зміцнення здоров'я та соціального благополуччя населення.

Стандарт визначає, що підготовка фахівців за ступенем вищої освіти магістр за спеціальністю 229 «Громадське здоров'я» проводиться на базі першого (бакалаврського) та/або другого «магістерського» чи прирівняного до нього рівня вищої освіти без обмеження спеціальності.

При цьому для магістра спеціальності 229 «Громадське здоров'я» на базі першого (бакалаврського) рівня обсяг освітньо-наукової (освітньо-професійної) програми становить 120 кредитів ЄКТС. Мінімум 35% обсягу освітньої програми має бути спрямовано на здобуття загальних та спеціальних (фахових) компетенцій за даною спеціальністю, що визначені Стандартом. Необхідно відмітити, що формування компетенцій здійснювалося з урахування компетенцій фахівців громадського здоров'я в Європейському регіоні.

Інтегрованою компетентністю магістра громадського здоров'я визначено здатність розв'язувати складні задачі і проблеми у сфері

громадського здоров'я або у процесі навчання, що передбачає проведення досліджень, застосування наукових теорій та аналітичних методів і характеризується комплексністю та невизначеністю умов.

В 2018 році в Україні здійснено перший набір студентів для підготовки в бакалавраті, а в 2019 році – для підготовки в магістратурі.

В 2019 році при ліцензійному обсязі 550 студентів було прийнято 38 студентів в тому числі 5 на державне замовлення за бюджетні кошти. Навчання студентів в бакалавраті за спеціальністю «Громадське здоров'я» здійснюють Національний університет «Острозька академія» та Сумський державний університет. Для підготовки фахівців громадського здоров'я в магістратурі при ліцензійному обсязі 740 студентів до вищих навчальних закладів було прийнято 52 студенти в тому числі 18 за державним замовленням із яких 18 в Ужгородському національному університеті. Підготовку магістрів громадського здоров'я здійснюють ДВНЗ «Ужгородський національний університет», ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України», Харківський національний медичний університет, КВНЗ «Житомирський медичний інститут» Житомирської обласної ради.

Враховуючи найбільшу кількість студентів, які проходять навчання в магістратурі за спеціальністю «Громадське здоров'я» в Ужгородському національному університеті, нами досліджено та проаналізовано систему їх підготовки в даному вищому навчальному закладі.

Відповідно до державного стандарту для навчання в магістратурі за денною формою навчання поступили абітурієнти за принципом «перехресної магістратури», які мають ступінь підготовки бакалавра за напрямками підготовки «Здоров'я людини» та «Фізична культура і спорт». Для навчання в магістратурі за заочною формою навчання поступили абітурієнти, які мають першу вищу освіту за напрямками підготовки «Політологія» та «Медицина». Позитивним моментом підготовки магістрів за спеціальністю «Громадське здоров'я» у класичному університеті, яким є Ужгородський національний університет є наявність непрофільних факультетів та кафедр, професорсько-викладацький склад яких може залучатися до підготовки магістрів. Приклад залучення подібних спеціалістів інших кафедр для формування компетенцій майбутніх працівників системи громадського здоров'я наведено на рисунку 1.

Далі нами було проведено аналіз підготовки фахівців для сфери громадського здоров'я в Ужгородському національному університеті в якому освітньо-наукова програма підготовки здобувачів другого (магістерського) рівня вищої освіти зі спеціальності 229 «Громадське

здоров'я» розроблена згідно з вимогами Закону України «Про вищу освіту» від 01.07.2014 р. № 1556-VII. Освітньо-наукова програма магістратури за фахом «Громадське здоров'я» складається з 5 обов'язкових модулів: вступ до громадського здоров'я, а також системи, політики, етики, управління та лідерства у галузі громадського здоров'я; епідеміологія та біостатистика для фахівців громадського здоров'я; моніторинг і оцінка, якість даних, використання даних та інформатизація в галузі громадського здоров'я; планування програми, її реалізація та оцінка; ділова англійська мова; а також із 4 модулів, один з яких магістр обирає самостійно. Освітньо-

наукова програма підготовки магістрів розрахована на 3600 годин (120 кредитів ЄКТС). Лекційний курс становить 462 навчальні години.

На проведення семінарів виділено 512 навчальних годин, практичних занять – 1318 навчальних годин, на самостійну роботу – 1308 (36,3%) навчальних годин. Самостійна робота з підготовки магістерської кваліфікаційної роботи становить 700 годин. Із загальної кількості навчальних годин на модульний контроль знань виділено 30 годин, а на екзамен – 6 годин. З метою забезпечення набуття магістрами необхідних компетенцій програма розділена за навчальними дисциплінами. Даний розподіл представлено на рисунку 2.



Рис. 1. Перелік кафедр, викладачі яких можуть бути залучені до підготовки магістрів громадського здоров'я

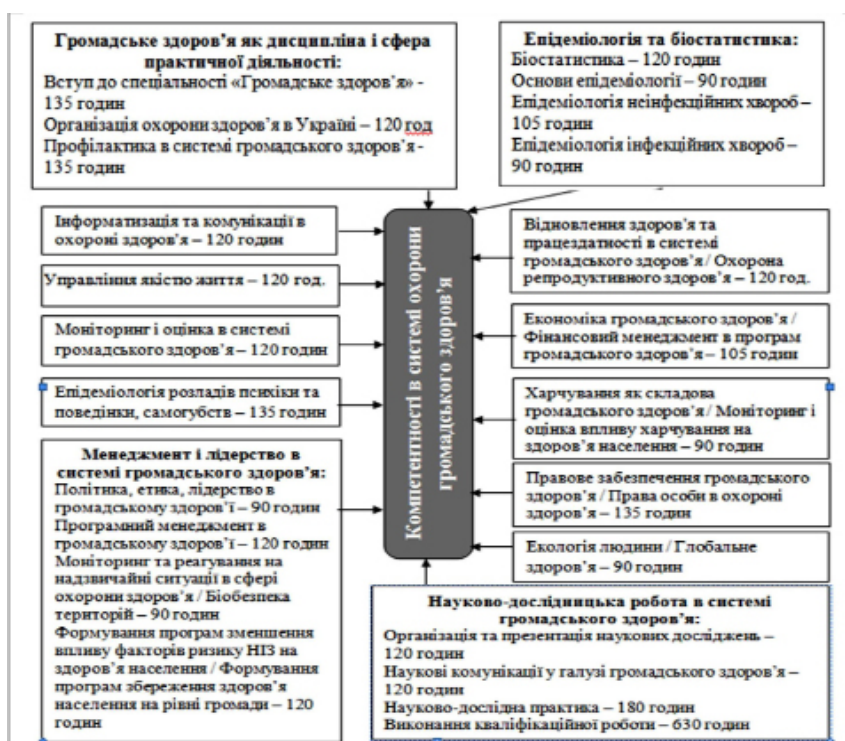


Рис. 2. Розподіл освітньої програми за навчальними дисциплінами

Методами навчання виступають лекційні та семінарські заняття, заняття із використанням дистанційного методу за допомогою системи Moodle, практичні заняття за визначеними темами в тому числі з відвідуванням практичних баз громадського здоров'я, підготовка магістрами аналітичних оглядів наукової літератури за визначеними темами, підготовка аналі-

тичних матеріалів щодо медико-демографічної ситуації в регіоні, проведення ділових ігор а також самостійне виконання науково-дослідної роботи, написання наукової дипломної магістерської роботи та її захист.

Структура навчальної дисципліни наведена на рисунку 3.

| Аудиторні години            |                         |   |           | Самостійна робота  | Вид контролю   |
|-----------------------------|-------------------------|---|-----------|--|--|
| Усього                      | Лекції                  | Семінари  | Практичні |  |  |
| 3600                        | 462                     | 512   | 1318      | 1308   | Усне опитування.<br>Рішення ситуаційних задач.<br>Модульний тестовий контроль.<br>Комп'ютерний тестовий іспит. |
| <b>Усього кредитів ЄКТС</b> |                         |   |           |  | <b>90</b>  |
| <b>У тому числі:</b>        |                         |   |           |  |  |
| Кредитів                    | Науково-дослідна робота |   |           | Вид контролю   |  |
|                             | 30                      | Проведення наукового самостійного дослідження та підготовка наукової дипломної магістерської роботи |           | Публічний захист наукової дипломної магістерської роботи |  |

Рис. 3. Структура навчальної дисципліни «Громадське здоров'я» Ужгородського національного університету

Метою освітньо-наукової програми підготовки магістрів за спеціальністю «Громадське здоров'я» є підготовка фахівців у даній сфері до самостійної практичної та наукової і педагогічної діяльності відповідно до визначених компетенцій. Професійно-наукова програма передбачає формування здатності застосовувати набуті знання, уміння та навички з дисциплін загальної та професійної підготовки для рішення типових задач діяльності фахівця на відповідній посаді, включаючи проведення науково-практичних досліджень у сфері громадського здоров'я, викладання предмету «Громадське здоров'я», проведення епідеміологічного нагляду за соціально значимими інфекційними та неінфекційними хворобами, станом психічного здоров'я населення, навколишнього середовища; визначення екологічних, соціально-економічних і медичних детермінант здоров'я; організація і проведення профілактичних та протиепідемічних заходів; формування в населення здорового способу життя та відповідального ставлення до власного здоров'я; міжсекторальна взаємодія в інтересах здоров'я населення.

Програмою передбачена виробничо-навчальна практика та науково-дослідна робота проводяться відповідно до навчального плану магістратури за спеціальністю «Громадське здоров'я» і є обов'язковими і являють собою вид навчальних занять, безпосередньо орієнтованих на професійно-наукову підготовку студентів.

Виробничо – навчальна практика та науково-дослідна робота закріплюють знання та вміння, які набуті під час освоєння теоретичних дисциплін і сприяють відпрацюванню студентами практичних навичок і комплексному формуванню в них загальних та професійних компетенцій. У рамках виконання навчального плану магістратури за спеціальністю «Громадське здоров'я» передбачено проходження студентами виробничо – навчальної практики та виконання науково-дослідної роботи.

Базами проведення практики є заклади охорони здоров'я, заклади громадського здоров'я, які мають необхідний кадровий та науково-технічний потенціал, основна діяльність яких має об'єкт і види професійної діяльності випускників за напрямком «Громадське здоров'я».

Метою практики передбачено придбання магістрами досвіду та навичок колективної та самостійної професійної діяльності у сфері громадського здоров'я, включаючи оцінку та моніторинг стану здоров'я населення, проведення наукових досліджень, скерованих на виявлення факторів, які визначають громадське здоров'я, розробку науково обґрунтованих заходів зі збереження та укріплення здоров'я населення, реалізації їх на практиці та оцінки їх ефективності.

У результаті проходження практики особа, яка навчається, має здобути такі практичні навички та вміння: самостійного вибору та обґрунтування теми, мети та завдань дослідження, вибору

та обґрунтування методу та обсягу, які адекватні поставленим задачам; розробки практичних проектів з актуальних проблем громадського здоров'я; засвоєння нових теорій, моделей, методів дослідження, розробки нових методичних підходів та технологій; організації та участі у проведенні оцінки стану здоров'я населення, епідеміологічної ситуації, зовнішнього середовища; планування та проведення заходів з охорони здоров'я та навколишнього середовища, поліпшення здоров'я населення, організації менеджменту у сфері громадського здоров'я; збору та аналізу інформації з проблем громадського здоров'я з використанням сучасних методів автоматизованого збору та обробки інформації; обробки та аналізу отриманих даних за допомогою сучасних інформаційних технологій; підготовки та оформлення науково-технічних проектів і звітів, нормативних та методичних документів.

У рамках виконання навчального плану магістратури за спеціальністю «Громадське здоров'я» також передбачена науково-дослідна робота. Підготовка та захист наукової дипломної магістерської роботи. Базами науково-дослідної роботи є кафедри, науково-дослідні установи за даним напрямом підготовки та установи громадського здоров'я з необхідними ресурсами для проведення дослідження.

Метою виконання магістрами науково-дослідної роботи є розширення набутих та отримання нових знань, перевірка наукових гіпотез, встановлення закономірностей, які є в природі, суспільстві, наукових узагальнень, наукове обґрунтування проектів.

Магістр повинен знати: основні напрямки та проблеми наукових досліджень із громадського здоров'я; структуру науково-дослідних, лікувально-профілактичних закладів і закладів громадського здоров'я; організацію роботи кафедральних та наукових підрозділів; правила техніки безпеки робот з комп'ютерною технікою; правила збору первинної інформації; правила обробки та оформлення результатів наукових досліджень.

Магістр повинен вміти: працювати з науковою літературою за вибраною проблемою; ставити задачі, підбирати адекватні методи дослідження та визначати обсяг вибіркової сукупності дослідження; аналізувати отримані дані наукового дослідження; вносити корективи в дизайн дослідження; формулювати висновки та практичні рекомендації за результатами наукового дослідження; формулювати основні положення наукових кваліфікаційних робіт: актуальність, мета, завдання, об'єкт, предмет, методи дослідження, новизна, основні положення, що виносяться на захист, теоретичну та практичну значимість роботи.

Магістр повинен володіти: навичками пошуку та узагальнення джерел наукової літератури; технологією планування та виконання науково-

дослідної роботи на різних її етапах.

З метою підготовки магістрів в університеті з 1 вересня 2019 року відкрита кафедра «Наук про здоров'я» та сформовано її штатний розпис і кадровий потенціал.

В складі кафедри працюють доктор, кандидати наук та спеціалісти з великим досвідом практичної роботи, яка пов'язана з наданням послуг, що є характерними для системи громадського здоров'я в тому числі спеціалісти із організації і управління охороною здоров'я, епідеміології, моніторингу та оцінки, соціології, соціальної роботи та практичної психології, інформаційних технологій та комунікацій.

Маючи значний практичний і викладацький досвід та професійний потенціал, під час підготовки магістрів, викладацький склад кафедри стикається з рядом проблем. До найважливіших з них відносяться такі:

- відсутність сучасних національних навчальних та методичних розробок для проведення занять за визначеними програмою темами;

- відсутність держаної системи оцінювання знань набутих студентами під час навчання в магістратурі;

- відсутність у магістрів, які поступили для навчання в магістратурі за принципом перехресної магістратури, необхідних базових знань для освоєння певних предметів, наприклад «Епідеміологія».

Важливою проблемою як для студентів, так і для викладачів є те, що в країні система громадського здоров'я тільки створюється і в деяких регіонах в тому числі в Закарпатській області. Центри громадського здоров'я не створені і студенти не можуть планувати своє перше місце роботи, а відповідно свою спеціалізацію та перелік пріоритетних компетенцій.

Вказані проблеми є предметом рішення на всіх рівнях управління галузі від центрального (Міністерство охорони здоров'я України та Міністерство освіти і науки України) до базового рівня – вищих навчальних закладів та об'єднаних громад.

## ВИСНОВКИ

На виконання «Європейського плану дій щодо посилення потенціалу і услуг общественного здравоохранения» в Україні створюється система громадського здоров'я яка потребує забезпечення кваліфікованими кадрами. Кабінетом Міністрів України затверджено спеціальність «Громадське здоров'я», а Міністерством освіти і науки України затверджено національні освітні стандарти за рівнями підготовки бакалавр і магістр. Також затверджено ліцензійні обсяги підготовки в обсязі щорічного набору за рівнем підготовки бакалавр – 550 осіб та магістр – 740 осіб.

Проведений набір студентів у 2019 році



для навчання з метою освоїти спеціальність громадське здоров'я (бакалаврат 6,9% ліцензійного набору, магістратура 7,0% ліцензійного набору) вказує на те, що дана спеціальність авторитетом у абітурієнтів не користується. Низький попит в абітурієнтів на спеціальність «Громадське здоров'я» пов'язаний з відсутністю інформації про місце працевлаштування по закінченню навчання. Підготовка майбутніх фахівців проводиться згідно з вимогами Закону України «Про вищу освіту» від 01.07.2014 р. № 1556–VII та відповідно до державного стандарту.

Освітньо-наукова програма магістратури за фахом «Громадське здоров'я» складається з 5 обов'язкових модулів: вступ до громадського здоров'я, а також системи, політики, етики, управління та лідерства у галузі громадського здоров'я; епідеміологія та біостатистика для фахівців громадського здоров'я; моніторинг і оцінка, якість даних, використання даних та інформатизація в галузі громадського здоров'я; планування програми, її реалізація та оцінка; ділова англійська мова; а також із 4 модулів, один з яких магістр обирає самостійно.

Освітньо-наукова програма підготовки магістрів розрахована на 3600 годин (120 кредитів ЄКТС). Лекційний курс становить 462 навчальні години.

На проведення семінарів виділено 512 навчальних годин, практичних занять – 1318 навчальних годин, на самостійну роботу – 1308 (36,3%) навчальних годин. Самостійна робота з підготовки магістерської кваліфікаційної роботи становить 700 годин. Із загальної кількості навчальних годин на модульний контроль знань виділено 30 годин, а на екзамен – 6 годин.

Проблемами в організації навчального процесу є відсутність сучасних національних навчальних та методичних розробок для проведення занять за визначеними програмою темами, держаної системи оцінювання знань набутих студентами під час навчання в магістратурі та відсутність у магістрів, які поступили для навчання в магістратурі за принципом перехресної магістратури, необхідних базових знань для освоєння певних предметів.

Існуючі проблеми необхідно вирішувати на всіх рівнях управління галузі від центрального до базового: об'єднаних громад та вищих навчальних закладів.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням та проведенням самооцінки спеціалістами громадського здоров'я та магістрами за вказаною спеціальністю володіння визначеними для них компетенціями.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Shafransky VV (ed). Annual report on the state of health of the population, the sanitary-epidemic situation and the results of activity of the health care system of Ukraine. MOZ Ukrayiny, DU «UISD MOZ Ukrayiny». – Kyiv, 2016.
2. Kosenko AA, Stvolinskiy IU. Development of a system of incentives for medical personnel to increase the availability and quality of medical care. Zamestitel' glavnogo vracha: lechebnaya rabota i meditsinskaya ekspertiza. 2014; 4: 86–91.
3. Yuryev VK, Kuchumova NG, Vitenko HB et al. On the issue of assessing the professional activities of medical personnel. Problemy gorodskogo zdravookhraneniya. –2011; 16: 288–290.
4. Health 2020. Fundamentals of European politics and strategy for the 21st century. <http://www.euro.who.int/ru/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being>.
5. Bilynska MM. Cross-sectoral cooperation as a basis for assessing the impact of political decisions on the environment in Ukraine. Derzhavne upravlinnya – teoriya i praktyka: elektron. nauk. fakh. vyd. 2007; 1. <http://www.academy.gov.ua/ej1/txts/Bilinska.htm>.
6. European action plan for strengthening public health capacities and services. – Kopenhagen: Yevropeyskoye regional'noye byuro VOZ, 2012 (dokument EUR/RC62/12).
7. On approval of the Concept of development of the public health system: rozporядzhennya KMU vid 30.11.2016; 1002-r. <http://www.kmu.gov>.
8. Anishchenko OV, Moiseyenko RO, Slabkyu HO et al. Positive experience in reforming the health care of the regions. Kyiv, 2011.
9. Moskalenko VF, Gulchiy OP, Gruzieva TC et al. Public health: a textbook for students of higher medical institutions of IV level of accreditation. Vinnitsa, 2013: 13–18.
10. Avramenko TP, Zhalilo LI, Martyniuk OI et al. Development of public administration of health care reform in Ukraine at the regional level: state, problems, prospects: guidelines. Kyiv: NADU, 2013.
11. Public Health in England: The Report of the Committee of Inquiry into the Future Development to the Public Health Function. Chmn. Sir D.Acheson (Command Paper) Paperback – 1 Jan 1988.

DOI: [https://doi.org/10.34287/MMT.2\(44\).2020.7](https://doi.org/10.34287/MMT.2(44).2020.7)

Л. М. Стрільчук, Л. В. Оленич, О. М. Радченко

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького  
Львів, Україна

L. M. Strilchuk, L. V. Olenych, O. M. Radchenko

Danylo Halytsky Lviv National Medical University  
Lviv, Ukraine

## РОЗМІРИ ЖОВЧНОГО МІХУРА У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З ОЖИРІННЯМ ТА ГІПОТИРЕОЗОМ: КОРЕЛЯЦІЙНИЙ АНАЛІЗ

### Gallbladder sizes in patients with arterial hypertension, obesity and hypothyroidism: correlation analysis

#### Резюме

Нашими попередніми дослідженнями показано, що у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) на фоні надваги та ожиріння спостерігалися істотно більші розміри жовчного міхура (ЖМ) як натще, так і після холекінетика, фракція викиду ЖМ не досягала норми, а погіршення контролю за артеріальним тиском супроводжувалось подальшим перерозтягненням ЖМ і зниженням його скоротливої здатності та ризиком утворення каменів. Це потребує подальших досліджень, особливо з погляду на поєднання з гіпотиреозом.

**Мета дослідження.** Визначити кореляційні зв'язки розмірів ЖМ, визначених сонографічно, у хворих на ГХ з ожирінням та гіпотиреозом.

**Матеріали та методи.** Обстежено 40 пацієнтів (жінок – 90%, чоловіків – 10%) з ГХ та надмірною масою тіла на фоні супутнього гіпотиреозу. Кореляційний ранговий аналіз проведено за Кендаллом.

**Результати.** Розміри ЖМ при ГХ збільшені як за умов гіпотиреозу – 64,4 мм (56–87) і 25 мм (21,2–28), так і без нього 67 мм (60–72) і 24 мм (22–29) зі значно більшим міжквартильним розмахом (31 vs 12 мм) при гіпотиреозі. За кореляційним аналізом Кендалла, збільшення розмірів ЖМ спостерігалось у старших за віком пацієнтів з більшим індексом маси тіла та корелювало зі зростанням стадії та ступеня гіпертензії, серцево-судинного ризику, активацією нейтрофільного та пригніченням імунного запалення, стоншенням паренхіми нирок та підвищенням ехогенності підшлункової залози, кардіоспецифічним цитолізом за АСТ. Підґрун-

#### Abstract

Our previous studies showed that patients with arterial hypertension and excessive weight or obesity presented with the significantly enlarged gallbladder, both fasting and after taking cholekinetic. The gallbladder ejection fraction was below the normal range, and poor blood pressure control was accompanied by further gallbladder over distension, reduction of its contractility and increased risk of gallstone formation. This needs further research, especially considering hypothyroidism. The aim is to establish correlations of the sonographically estimated gallbladder sizes in patients with arterial hypertension, obesity and hypothyroidism.

**Materials and methods.** The cohort of 40 patients (females 90%, males 10%) with arterial hypertension, body overweight/obesity and underlying hypothyroidism was examined; sonographically estimated gallbladder sizes are compared with clinical, laboratory and instrumental data. Kendall's rank correlation method was applied; significance threshold was taken as  $p < 0,05$ .

**Results.** In patients with arterial hypertension and overweight/obesity, the sizes of GB are enlarged both in cases of hypothyroidism 64,4 mm (56–87) and 25 mm (21,2–28) and without it 67 mm (60–72) and 24 mm (22–29) with a significantly larger interquartile range (31 vs 12 mm) for hypothyroidism. According to Kendall's rank correlation analysis, gallbladder was enlarged in the older patients with a higher body mass index, and this statistically correlated with the advancement of stage and degree of arterial

тям таких зв'язків можна вважати спільну спінальну іннервацію серця та жовчного міхура, дисрегуляцію бета3-адренорецепції та порушення азот-залежної вазорелаксації.

**Ключові слова:** жовчний міхур, розміри, гіпертонічна хвороба, гіпотиреоз, ожиріння, серцево-судинний ризик.

*hypertension, cardiovascular risk, neutrophilic inflammation activation and immune inflammation suppression, thinned renal parenchyma, increased echogenicity of the pancreas, and cardio-selective aspartataminotransferase cytolysis. These connections can be based on the common spinal innervation of the heart and gallbladder, dysregulated beta 3-adrenoceptor activity and disturbed nitrite mediated vasorelaxation.*

**Keywords:** gallbladder, size, arterial hypertension, hypothyroidism, obesity, cardiovascular risk.

## ВСТУП

Змінам жовчного міхура (ЖМ) в осіб високого серцево-судинного ризику останнім часом приділяється все більше уваги, що зумовлено спільними патогенетичними ланками розвитку та прогресування [1–3]. Нашими попередніми дослідженнями показано, що у хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ) на фоні надваги та ожиріння спостерігалися істотно більші розміри ЖМ як натще, так і після холекінетика, ніж в осіб без гіпертензії, а фракція викиду ЖМ у них не досягала норми, що створює передумови для камінеутворення; поперечний розмір ЖМ та об'єм натще і після холекінетика істотно корелювали з рівнем діастолічного тиску, тобто, погіршення контролю за артеріальним тиском буде супроводжуватись подальшим перерозтягненням ЖМ, зниженням його скоротливої здатності та підвищенням ризику утворення каменів [1]. Проте, така думка потребує подальших досліджень, особливо з погляду на патогенетичне поєднання артеріальної гіпертензії та ожиріння з гіпотиреозом, що зумовило доцільність та актуальність нашого дослідження.

## МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ

Визначити кореляційні зв'язки розмірів ЖМ, визначених сонографічно, з клінічними, лабораторними та інструментальними параметрами у хворих на ГХ з ожирінням та гіпотиреозом.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У 40 пацієнтів (жінок – 90%, чоловіків – 10%, віком 53 років (48–61) з ГХ (стадія I – 28,5%, II – 71,5%) та надмірною масою тіла (надвага 53,1%, ожиріння 46,9%) на фоні супутнього гіпотиреозу (післяопераційний 50,9%, автоімунний 40,7%, гіпопластичний 8,3%) проведено сонографічне визначення розмірів ЖМ (апарат «Алока», Японія) та визначені їх кореляції з стандартними клінічними та лабораторно-інструментальними параметрами. Діагностика та лікування ГХ проведені за Наказом МОЗ № 436 від 3.07.2006 «Про затвердження прото-

колів надання медичної допомоги за спеціальністю «Кардіологія» і не вимагали збільшення обсягу обстежень.

Статистична обробка отриманих даних виконана з використанням комп'ютерних програм пакету STATISTICA (StatSoft Statistica v.6.0.). Кореляційний ранговий аналіз проведено за Кендаллом. Аналізовані дані представлені як «медіана та інтерквартильний розмах»: Me (LQ–UQ), при критичному рівні статистичної значущості  $p < 0,05$ .

## РЕЗУЛЬТАТИ

Встановлено, що медіана довжини ЖМ становила 64,4 мм (56–87,0), ширини 25 мм (21,2–28,0) мм, що відповідає раніше отриманим нами даним в аналогічних пацієнтів без гіпотиреозу: довжина 67 мм (60–72) мм, ширина 24 мм (22–29) але з значно більшим міжквартильним розмахом (31 vs 12 мм) [1].

За проведеним кореляційним аналізом Кендалла, здовження ЖМ спостерігалось у старшої віці ( $\tau = 0,50$ ,  $p = 0,03$ ) і асоціювалось зі ступенем артеріальної гіпертензії ( $\tau = 0,52$ ,  $p = 0,02$ ), серцево-судинним ризиком ( $\tau = 0,46$ ,  $p = 0,050$ ), з кардіоспецифічним критерієм цитолізу аспаратамінотрансферазою (АСТ:  $\tau = 0,47$ ,  $p = 0,05$ ), збільшеною активністю нейтрофільного запалення (за сегментоядерними нейтрофілами крові:  $\tau = 0,50$ ,  $p = 0,03$ ) та пригніченням імунного запалення (за лімфоцитами:  $\tau = -0,51$ ,  $p = 0,05$ ; індексом імунореактивності ІПР:  $\tau = -0,61$ ,  $p = 0,05$ ; лімфоцити/моноцити:  $\tau = -0,61$ ,  $p = 0,05$ ), а також з погіршенням структурно-функціонального стану нирок (за клітинами епітелію осаду сечі:  $\tau = 0,46$ ,  $p = 0,048$ ), за товщиною паренхіми лівої нирки:  $\tau = -0,47$ ,  $p = 0,05$  (рис.1).

Збільшення ширини ЖМ так само було більш притаманно пацієнтам старших вікових груп ( $\tau = 0,48$ ,  $p = 0,04$ ) із збільшеною масою тіла (з індексом маси тіла:  $\tau = 0,65$ ,  $p = 0,005$ ). Збільшення поперечного розміру ЖМ також істотно асоціювалось з вищим ступенем артеріальної гіпертензії ( $\tau = 0,66$ ,  $p = 0,004$ ) та відповідно, вищим рівнем систолічного артеріального тиску ( $\tau = 0,60$ ,  $p = 0,01$ ), а також з активацією нейтрофільного запалення (за сегментоядерними

нейтрофілами:  $\tau = 0,51$ ,  $p = 0,05$ , за інтегральними запальними індексами – нейтрофіли/ШОЕ:  $\tau = 0,69$ ,  $p = 0,02$ ; несегментоядерні нейтрофіли/ШОЕ:  $\tau = 0,84$ ,  $p = 0,004$ ; індексом активності запалення:  $\tau = 0,73$ ,  $p = 0,08$ ; інтегральними індексом запалення:  $\tau = 0,69$ ,  $p = 0,02$ ), з погір-

шенням адаптаційних процесів (за адаптаційним потенціалом:  $\tau = 0,65$ ,  $p = 0,008$ ), а також зі стоншенням паренхіми нирок (лівої та правої:  $\tau = -0,49$ ,  $p = 0,049$  та  $\tau = -0,678$ ,  $p = 0,007$ , відповідно) та підвищенням ехогенності підшлункової залози ( $\tau = 0,68$ ,  $p = 0,01$ ).

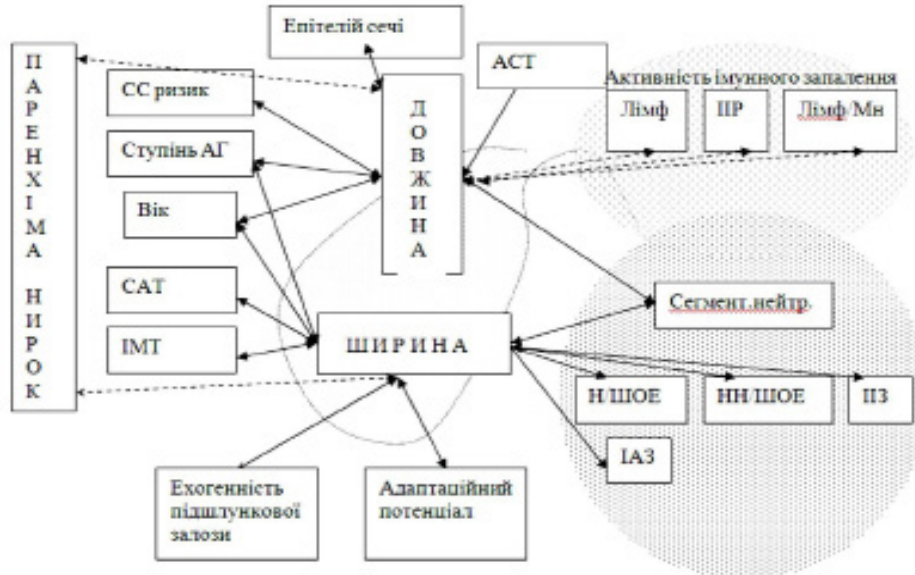


Рис. 1. Кореляційні зв'язки розмірів жовчного міхура у хворих на гіпертонічну хворобу з надмірною масою тіла та гіпотиреозом

Позначення: САТ – систолічний артеріальний тиск, ІМТ – індекс маси тіла, СС – серцево-судинна, АГ – артеріальна гіпертензія, АСТ – аспартатамінотрансфераза, Лімф – лімфоцити крові, ІІР – індекс імунореактивності, Мн – моноцити, Н – нейтрофіли, НН – несегментоядерні нейтрофіли, ІІЗ – інтегральний індекс запалення, ІАЗ – індекс активності запалення

## ОБГОВОРЕННЯ

Таким чином, за даними літератури та власними дослідженнями, розміри ЖМ при ГХ були збільшені як за умов гіпотиреозу, так і без нього. Це має важливе значення, адже розтягнення ЖМ рефлекторно пригнічує активність сфінктера Одді та може викликати низку рефлексів з боку серця через 5 спінальний сегмент, який вважається спільним для жовчного міхура та серця забезпечує інтерференцію [4, 2].

На нашу думку, другою патогенетичною зв'язувальною ланкою може виступати активація бета3-адренорецепторів, які описані на бурих адипоцитах, у ЖМ, папілярних м'язах міокарда, вінцевих артеріях, гепатоцитах [5–7]. Регульовальна роль бета3-адренорецепторів тільки вивчається в експериментах, у тому числі, за участю здорових добровольців [7]. Показано, що застосування бета3-агоністів (мірабегрон, BRL 37344) призводило до ліполізу білої жирової клітковини, покращенню толерантності до глюкози, зростання вмісту кон'югованих жирних кислот, супроводжувалось дозозалежним збільшенням розмірів ЖМ на 35%, що робить застосування бета3-агоністів перспективним напрямком лікування ожиріння, однак відкриває нові питання з

точки зору стану ЖМ [7]. Більш того, активація бета3-рецепторів в ендотелії судин впливала на коронарорелаксацію [5]. Однак точна дія цих рецепторів остаточно ще не встановлена, оскільки активація бета3-адренорецепторів викликала в експерименті пригнічення експресії та функції бета1- і бета2-адренорецепторів у різних тканинах, включаючи серце [6].

Особливої уваги питання бета3-адренергічної іннервації заслуговує за умов гіпотиреоїдизму. В експерименті у гіпотиреоїдних мишей були знижені гемодинамічні параметри, застосування бета3-агоніста (BRL 37344) мало негативний інотропний ефект, а сам гіпотиреоїдизм супроводжувався збільшенням експресії бета2- та бета3-адренорецепторів у клітинах в папілярних м'язів серця, тоді як кількість та активність бета1-рецепторів суттєво не змінилась. Тобто, активність бета3-адренорецепторів суттєво збільшувалася у кардіоміоцитах за умов гіпотиреозу [8]. З цієї точки зору для зменшення розтягнення ЖМ перспективним вбачається вивчення застосування бета-блокаторів, усі з яких у високих дозах мають неселективну дію.

Ще одною спільною патогенетичною ланкою може бути вплив оксиду азоту одночасно на моторну функцію ЖМ та на судинний тонус, зрос-

тання якого і забезпечує артеріальну гіпертензію. Описано, що в експерименті донатор оксиду азоту L-аргінін збільшував тонус та скоротливість ЖМ, у добровольців нітрати суттєво порушували спускошення ЖМ, а L-аргінін нівелював цей ефект [9].

### ВИСНОВКИ

Розміри ЖМ при ГХ збільшені як за умов гіпотиреозу – 64,4 мм (56–87) і 25 мм (21,2–28), так і без нього – 67 мм (60–72) і 24 мм (22–29) з значно більшим міжквартильним розмахом (31 vs 12 мм) при гіпотиреозі. За кореляційним ранговим аналізом Кендалла, збільшення роз-

мірів ЖМ спостерігалось у старших за віком пацієнтів з більшим індексом маси тіла та корелювало зі зростанням стадії та ступеня гіпертензії, серцево-судинного ризику, активацією нейтрофільного та пригніченням імунного запалення, стоншенням паренхіми нирок та підвищенням ехогенності підшлункової залози, кардіоспецифічним цитолізом за АСТ. Підґрунтям таких зв'язків можна вважати спільну спінальну іннервацію серця та жовчного міхура, дисрегуляцію бета3-адренорецепції та порушення азот-залежної вазорелаксації.

Перспективним є вивчення розмірів ЖМ за умов інших кардіоваскулярних хвороб.

### ЛІТЕРАТУРА

1. Radchenko LM, Dvoryakevich VY. The contractile capacity of the gallbladder in patients with hypertension and obesity. *Medychna hidrolohiya ta reabilitatsiya*. 2012; 3: 21–27.
2. Haleem S, Ansari MM, Khan TZ, Beg MH. Cholecysto-cardiac link. *Indian J. Med. Res.* 1991; 94: 47–49.
3. Shabanzadeh DM, Skaaby T, Sørensen LT, Jørgensen T. Screen-detected gallstone disease and cardiovascular disease. *Eur J Epidemiol*. 2017; 32 (6): 501–510. DOI: 10.1007/s10654-017-0263-x.
4. Thune A, Saccone GT, Scicchitano JP, Toouli J. Distension of the gall bladder inhibits sphincter of Oddi motility in humans. *Gut*. 1991; 32 (6): 690–693. DOI: 10.1136/gut.32.690.
5. Dessy C, Moniotte S, Ghisdal P et al. Endothelial  $\beta$ 3-Adrenoceptors Mediate Vasorelaxation of Human Coronary Microarteries Through Nitric Oxide and Endothelium-Dependent Hyperpolarization. *Circulation*. 2004; 110 (8): 948–954. DOI: 10.1161/01.CIR.0000139331.85766.AF.
6. Molenaar P, Parsonage WA. Fundamental considerations of beta-adrenoceptor subtypes in human heart failure. *Trends Pharmacol Sci*. 2005; 26 (7): 368–375. DOI: 10.1016/j.tips.2005.05.005.
7. Baskin AS, Linderman JD, Brychta RJ et al. Regulation of Human Adipose Tissue Activation, Gallbladder Size, and Bile Acid Metabolism by a  $\beta$ 3-Adrenergic Receptor Agonist. *Diabetes*. 2018; 67 (10): 2113–2125. DOI: 10.2337/db18-0462.
8. Arioglu E, Guner S, Ozakca I, Altan VM, Ozelikay AT. The changes in beta-adrenoceptor-mediated cardiac function in experimental hypothyroidism: the possible contribution of cardiac beta3-adrenoceptors. *Mol Cell Biochem*. 2010; 335 (1–2): 59–66. DOI: 10.1007/s11010-009-0241-z.
9. Luman W, Ardill JE, Armstrong E et al. Nitric oxide and gall-bladder motor function. *Aliment Pharmacol Ther*. 1998; 12 (5): 425–432. DOI: 10.1046/j.1365-2036.1998.00322.x.

*Стаття надійшла до редакції 26.03.2020*

DOI: [https://doi.org/10.34287/MMT.2\(45\).2020.8](https://doi.org/10.34287/MMT.2(45).2020.8)

**О. І. Краснова, Т. В. Плужнікова, О. Г. Краснов**

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія»  
Полтава, Україна

**O. I. Krasnova, T. V. Pluzhnikova, O. H. Krasnov**

Higher State Educational Institution of Ukraine «Ukrainian Medical Stomatological Academy»  
Poltava, Ukraine

## ПРОБЛЕМА ВЖИВАННЯ АЛКОГОЛЬНИХ ТА СЛАБОАЛКОГОЛЬНИХ НАПОЇВ В ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ

### The problem of drinking alcoholic and low-alcoholic drinks in the teenage

#### Резюме

**Мета роботи.** Дослідити та проаналізувати поширеність вживання алкогольних та слабоалкогольних напоїв серед підлітків та запропонувати профілактичні заходи щодо запобігання цього явища.

**Матеріали та методи.** Використано бібліосемантичний, соціологічний та медико-статистичний методи дослідження. Матеріалами дослідження слугували щорічний звіт Державної служби статистики України за 2019 рік та статистичні дані соціологічних досліджень.

**Результати.** У результаті дослідження виявлено, що понад 90% 15–17-річної учнівської молоді має досвід вживання алкоголю, майже 60% підлітків кілька разів перебували в стані сп'яніння. Найбільш поширеними алкогольними напоями, які вживала 15–17-річна учнівська молодь останнім часом, для хлопців є пиво (57,3%), а для дівчат – слабоалкогольні напої промислового виробництва (43,7%). Вино за останній час вживали майже 40%, шампанське та міцні алкогольні напої – більше ніж п'ята частина хлопчиків та дівчат (21,8% та 22,4%, відповідно). Найбільш розповсюдженим алкогольним напоєм, який вживала 15–17-річна учнівська молодь останнім часом у будь-якому розважальному закладі є пиво – його вживали 45,4% хлопців та 30,9% дівчат. На другому місці за популярністю йдуть слабоалкогольні напої промислового виробництва – їх вживали 28,8% хлопців та 35,9% дівчат.

**Висновок.** Таким чином, загальна тенденція щодо поширення вживання алкогольних та слабоалкогольних напоїв серед підлітків є

#### Abstract

**Purpose of the study.** To investigate and analyze the prevalence of alcohol and low alcohol drinking among adolescents and to propose preventive measures to prevent this phenomenon.

**Materials and methods.** Used bibliographical, sociological and medical-statistical methods of research. The annual report of the State Statistics Service of Ukraine for 2019 and statistics of sociological surveys served as research materials.

**Results.** The study found that more than 90% of 15–17 year-old students have alcohol, nearly 60% of teens have been repeatedly intoxicated. The most common alcoholic beverages used by 15–17 year-old students recently are beer (57,3%) for boys, and girls – industrial beverages (43,7%). Almost 40% of wine has been consumed recently, champagne and spirits more than a fifth of boys and girls (21,8% and 22,4% respectively). The most common alcoholic beverage consumed by 15–17 year old student youth in any entertainment establishment is beer – it is consumed by 45,4% of boys and 30,9% of girls. Low in alcoholic beverages of industrial production are second in popularity – 28,8% of boys and 35,9% of girls consumed them.

**Conclusion.** Thus, the overall tendency for adolescent alcohol and low alcohol consumption to be prevalent is disappointing. The main factors that have a negative impact on the situation are: tolerant attitude of the family to adolescent alcohol, cultural traditions of communication in the company, insufficiently formed outlook of a young person to understand a healthy lifestyle.

**Keywords:** teens, student youth, alcoholic beverages, energy drinks, beer.

невтішною. Основними чинниками, котрі негативно впливають на ситуацію є: толерантне ставлення сім'ї до алкоголізації підлітків, культурні традиції спілкування в компанії, недостатньо сформований світогляд молоді особи щодо розуміння здорового способу життя.

**Ключові слова:** підлітки, учнівська молодь, алкогольні напої, енергетичні напої, пиво.

## ВСТУП

Діти це майбутнє нашої нації, продовження поколінь, тому їх здоров'я є найголовнішим об'єктом піклування як держави так і всього суспільства. Підлітковий вік – це особливий період в житті кожної людини. У цей час закладається основа його фізичного і душевного здоров'я. Організм, що розвивається особливо чутливий до дії отруйних речовин, таких, як алкоголь, нікотин і наркотики [1, 2, 5]. В останні роки значно збільшився інтерес до однієї з головних медичних та соціальних проблем це вживання підлітками та молоддю алкогольних та слабоалкогольних напоїв. На сьогодні проблема цієї залежності є дуже актуальною в сучасному суспільстві. Численні дослідження підтверджують, що дане явище має свою динаміку і закономірності розвитку. За результатами опитування Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), Україна посідає перше місце в списку серед інших країн за рівнем вживання алкоголю серед неповнолітніх. С кожним роком кількість підлітків, які систематично вживають алкоголь, збільшується, і нажалі, спостерігається тенденція щодо зниження віку підлітків, які починають вживати алкоголь [3]. Не підозрюючи про шкідливий вплив алкогольних напоїв, вони руйнують себе і свій організм зсередини [4].

## МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ

Дослідити та проаналізувати поширеність вживання алкогольних та слабоалкогольних напоїв серед підлітків.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У роботі було використано бібліосемантичний, соціологічний та медико-статистичний методи дослідження. Матеріалами дослідження слугували щорічний звіт Державної служби статистики України за 2019 рік та статистичні дані соціологічного дослідження в межах міжнародного проекту «Здоров'я та поведінкові орієнтації учнівської молоді».

## РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

Вже загально відомо, що алкоголізм – це тяжка

хронічна хвороба, яка складно лікується. Розвивається ця хвороба внаслідок регулярного та систематичного вживання алкоголю, що в подальшому веде до деградації особистості. У людей, які регулярно зловживають алкоголем, розвиваються допоміжні метаболічні механізми. Ейфорія у важко залежних людей розвивається після вживання великої кількості спиртного, що в кінцевому підсумку обертається самими негативними наслідками для організму. В цьому відношенні особливо небезпечним є алкоголізм у підлітків [5]. Коли дитина у підлітковому віці зростає і формується, з нею відбувається ряд природних процесів, що посилюють потребу в алкоголі в рази: під час підліткового періоду в організмі кожної людини збільшується кількість рідини в кожній клітині. Швидкість метаболізму підсилюється в рази і прискорює кровообіг. Всі речовини, що потрапляють через їжу та напої, дуже швидко розносяться в усі системи організму і в першу чергу до мозку, який активно формується. І, як осередок психічного здоров'я, нервові зв'язки і закінчення головного мозку, дуже швидко звикають до того, що алкоголь приносить задоволення і починають хотіти його з кожним днем все більше і більше. Таким чином, ще не зовсім сформована психіка дитини не здатна опиратися, підлітковий алкоголізм розвивається дуже швидко.

У підлітковому віці стабільний потяг до алкоголю формується у вісім разів швидше, ніж у дорослої людини. На сьогодні алкоголізм у сучасної молоді спостерігають набагато частіше, ніж у зрілому віці. Середній вік початку вживання алкогольних та слабоалкогольних напоїв становить 12 років [4]. Досить поширеними алкогольними та слабоалкогольними напоями серед підлітків є пиво, вино, шампанське, енергетичні напої. Найбільше підлітки віддають перевагу слабоалкогольним напоям. Слабоалкогольні напої – це алкогольні напої із вмістом етилового спирту від 1,2 до 8,5 відсотка об'ємних одиниць, виготовлені на основі водно-спиртової суміші з використанням інгредієнтів, напівфабрикатів та консервантів, насичені чи ненасичені діоксидом вуглецю. Слабоалкогольні напої позиціонуються як легкі напої для молоді, що мають безліч приємних смаків, доступні за ціною, а це роблять їх привабливими в очах сучасних підлітків. Проблему зростання рівня вживання

неповнолітніми слабоалкогольних напоїв посилює більш швидке звиканням до спиртних напоїв.

Виявлено, що понад 90% 15–17-річної учнівської молоді має досвід вживання алкоголю, майже 60% підлітків кілька разів перебували в стані сп'яніння. Найбільш поширеними алкогольними напоями, які вживала 15–17-річна учнівська молодь останнім часом, для хлопців є пиво (57,3%), а для дівчат – слабоалкогольні напої промислового виробництва (43,7%) [4, 7].

Вино за останній час вживали майже 40%, шампанське та міцні алкогольні напої – більше ніж п'ята частина хлопців та дівчат (21,8% та 22,4%, відповідно) [7]. Найбільш розповсюдженим алкогольним напоєм, який вживала 15–17-річна учнівська молодь останнім часом у будь-якому розважальному закладі, є пиво – його вживали 45,4% хлопців та 30,9% дівчат. На другому місці за популярністю йдуть слабоалкогольні напої промислового виробництва – їх вживали 28,8% хлопців та 35,9% дівчат.

Загалом 40,3% підлітків відповіли, що ніколи не вживали енергетичних напоїв, 32% вживали їх від одного до п'яти разів за все життя [7]. Приблизно 17% серед усіх підлітків вживали енергетичні напої від 10 до 40 разів і більше. Такі напої є дещо поширенішими серед хлопців, ніж серед дівчат. Серед усіх підлітків, які взяли участь в опитуванні, близько 30% указали, що протягом життя вживали енергетичні напої разом з алкоголем.

Вживання алкогольних та слабоалкогольних напоїв підлітками залишає в організмі дітей руйнівні наслідки. Алкоголізм у підлітків завдає незміцнілому організму набагато більшої шкоди, ніж дорослій людині. Етиловий спирт втручається в процеси розвитку і становлення зростаючого організму, грубо порушуючи їх. Вживання алкоголю загрожує підлітку появою функціональних розладів печінки, підшлункової залози, серцево-судинної системи (тахікардія, варикозне розширення вен, підвищення артеріального тиску), загальним зниженням імунітету.

Підлітки п'ють зазвичай в будь-яких місцях, потайки і швидко. Вони не турбуються, чим будуть закушувати, таке вживання алкоголю веде, в першу чергу, до проблем зі шлунково-кишковим трактом. Крім того, один з складників пива (а саме його найчастіше купують підлітки) кобальт може викликати запалення в шлунку і стравоходу. Однак найбільш негативний вплив робить кобальт на серцевий м'яз людини: серце стає в'ялим і перестає нормально качати кров. З часом зміни в складі крові ще більше погіршують ситуацію.

Вживання алкоголю у ранньому віці веде до змін характеру особистості. У підлітка, який регулярно вживає алкоголь змінюється характер, зникає інтерес до життя, слабшає воля, він стає роздратованим, його головне

бажання – це випити. Дія алкоголю гальмує роботу нервової системи. Найбільш небезпечними є порушення в роботі головного мозку. Алкоголізм у підлітків веде до збоїв розвитку інтелекту, пам'яті, логічного і абстрактного мислення, які розвиваються як раз в підлітковому віці. При цьому страждає емоційна сфера: дитина стає замкнутою, з часом деградує особистість, розвиваються відхилення в поведінці. Справа в тому, що етилові сполуки спирту, особливо ті, що містяться в пиві, дуже інтенсивно приєднують до себе поживні речовини. Таким чином, вся користь від вживаної їжі виводиться з організму через сечову систему. До того ж, порушується робота травного тракту і, особливо, печінки. Для підліткового періоду це катастрофа, яка в майбутньому обернеться серйозними проблемами зі здоров'ям.

Підлітковий алкоголізм стає причиною грубих порушень в органах статевої системи, що в подальшому може призвести до безпліддя. Передчасний початок статевого життя веде до статевих хвороб і ранньої вагітності. Так, дівчата при розпиванні спиртних напоїв прирікають себе на народження хворого потомства. Крім того, алкоголь може стати причиною викиднів або не виношування плоду в подальшому житті. Це пов'язано з тим, що при вживанні етанолу серйозні негативні зміни зазнає фолікулярний апарат. Якщо юнак має постійну тягу до алкоголю, то це тягне за собою такі наслідки, як порушення формування органів сперматогенезу.

Підліток, який вживає дуже часто і в великій кількості спиртні напої, частіше схильний до впливу різних вірусних і простудних захворювань, в результаті зниження імунітету. Вживання алкоголю може призвести до ушкодження зору і слуху. Можуть також погіршитися відчуття смаку, нюху та дотику. Оскільки усі м'язи в організмі перебувають під контролем мозку, вживання навіть незначних доз алкоголю призводить до послаблення такого контролю і людина втрачає почуття координації та швидкість реакції.

Серед негативних наслідків спостерігається порушення порядку і темпів розвитку. Етично-моральні цінності такої дитини зазнають певних негативних змін. Дитячий алкоголізм зароджує схильність до крадіжок і брехні. В цей період дитина, ховаючись, починає красти гроші у батьків, а потім і в оточуючих.

Існує безліч біологічних і психосоціальних факторів, які сприяють підлітковому алкоголізму. Однією з головних причин того, що підлітки починають вживати алкогольні напої є те, що вони ще не зовсім соціально зрілі. Їх організм більш чутливий і тому ризик стати алкоголіком дуже високий [1].

Великий вплив відіграє середовище, в якому дитина знаходиться в з раннього дитинства. в якому вона робить перші свої кроки і спіл-



кується з батьками. І тут варто зазначити, що сім'ї, в яких батьки вживають алкоголь, є найбільш небезпечними, щодо формування вродженої алкогольної залежності у дітей. Прогалини у вихованні посилюються негативним впливом однолітків, бо, як відомо, більшість дітей алкоголіків спілкуються з асоціальними категоріями населення. Нерідко перебування в колі друзів, які вживають алкогольні напої обертається в подальшому випивкою, прийомом наркотиків та іншими подібними діями.

Серед соціальних причин також варто зазначити вплив телебачення. Адже реклама спиртного негативним чином впливає на дітей та підлітків, які бажають відчутти смак цих популярних напоїв [4]. Збільшення пропаганди вживання алкоголю серед молоді через неконтрольовану рекламу чи інші інформаційні продукти (телебачення, інтернет, зовнішня реклама на бігбордах), які показують алкогольні напої як неодмінний атрибут будь-якого відпочинку і розваг, закликають до вживання алкогольних напоїв.

Не аби яку роль відіграють в розвитку підліткового алкоголізму психологічні особливості підлітка, недостатньо сформований світогляд молоді особи щодо розуміння здорового способу життя, відсутність належних моральних цінностей, які допомагають вибирати конструктивну життєву позицію. Невдачі в житті психологічно вразливого та соціально незрілого підлітка, розчарування, невміння раціонально використовувати вільний час є сприятливим фоном для вирішення проблем шляхом вживання алкогольних напоїв.

Деякі вчені наголошують, що підлітковий алкоголізм може виникати через ряд фізіологічних причин. На раннє формування цієї згубної залежності у дитини можуть впливати перебіг вагітності у матері та ускладнений родовий процес.

Отже, підлітковий алкоголізм дуже небезпечний, тому що призводить до значних фізичних руйнацій несформованого організму, до розвитку тяжких психічних захворювань; збільшує кількості девіантних вчинків, скоєних підлітками та більш тяжких протиправних дій; підлітковий алкоголізм складніше вилікувати, ніж алкоголізм у дорослих; він призводить до погіршення подальшої соціальної адаптації та соціальної деградації молоді людини [3]. Коли проблема набуває таких масштабів впоратися з нею самостійно стає неможливо. Тиснути на залежну дитину ні в якому разі не можна. І без того бунтівні настрої підліткового віку, ускладнені залежністю, можуть призвести до фатальних наслідків. Наприклад, дитина може просто втекти з дому або чинити суїцид.

Вирішувати проблему підліткового алкоголізму необхідно з розробки дієвих профілактичних заходів. Саме профілактика підліткового алкоголізму має першорядну важливість. Вона повинна включати виховні та організаційні заходи, які

будуть спрямовані на те, щоб підліток більше дізнався про згубну дію алкоголю на свій організм і психіку, і прагнув уникати спокус і контакту з питущими ровесниками і дорослими. Доцільно проводити виховні заходи по стимулюванню різного роду захоплень серед молоді, підвищення її інтересу до освіти та оволодіння професією.

Важливу роль в профілактиці підліткового алкоголізму грають батьки. Сім'я, в якій зростає дитина, є одним з головних факторів її розвитку та подальшого благополуччя. В умовах сучасного суспільства роль батьків зросла порівняно з попередніми епохами. Вони повинні розповісти, що нешкідливих алкогольних напоїв не існує. Батьки з раннього віку мають подбати про те, щоб у дитини було корисне захоплення, записати його на гурток, у художню або музичну школу, спортивну секцію. У цьому випадку ризик, що підліток зв'яжеться з поганою компанією і буде пити від нудьги, значно менший. Підштовхнути підлітка до вживання алкоголю може як бездоглядність, атмосфера вседозволеності, так і надмірна суворість. На сьогодні важливим фактором формування щасливої та гармонійної особистості є не лише наявність батьків та забезпечення ними таких потреб, як їжа, одяг, житло, а й їх емоційне залучення до процесу зростання дитини. Психологічна підтримка з боку рідних, можливість бути почутим, отримати пораду та підтримку у складній життєвій ситуації становлять на сьогодні основу благополуччя дитини.

Щодо доступності алкогольних напоїв, то очевидно, що на сьогоднішній день для будь-якої вікової категорії покупців, зокрема й для дітей 11 років, доступний весь спектр алкогольних напоїв, представлених на ринку України в будь-який час доби і практично поряд з будинком. Відповідно ступінь контролю державних органів за дотриманням законодавства України щодо продажу алкогольних напоїв особам, які не досягли 18 річного віку, знаходиться на дуже низькому рівні. Алкогольна політика держави не повинна бути спрямована лише на боротьбу зі зловживанням алкоголю. Тут мають бути посилені заходи на державному рівні [4]. Це має бути більш належний контроль за продажем усіх видів алкогольних напоїв дітям до 18 років будь-де, обмеження часу їх продажу, що, безсумнівно, сприятиме зниженню рівня споживання алкоголю не тільки серед молоді.

Ефективність профілактичної діяльності серед учнівської молоді буде кращою, якщо вчителі навчальних закладів впровадять програми підвищення рівня знань стосовно профілактики вживання алкоголю [4]. Такі профілактичні заходи мають включати індивідуальні та групові бесіди, які будуть навчати підлітків формам та стилям подолання життєвих проблем.

Профілактика вживання алкогольних напоїв підлітками повинна передбачати роботу

не тільки з дітьми, але й з їх батьками, тобто вона повинна бути комплексною і впливати не лише на підлітка, а й на його оточуюче середовище. Доцільно в навчальних закладах проводити конкурс робіт, як сприятимуть формуванню в учнів і студентів навичок здорового способу життя. Періодично проводити профілактичні рейди в гуртожитку та інших місцях проживання й дозвілля студентів.

### ВИСНОВКИ

Таким чином, загальна тенденція щодо поширення вживання алкогольних та слабоалкогольних напоїв серед підлітків є невтішною. Основними чинниками, котрі негативно впливають на ситуацію є: толерантне ставлення сім'ї

до алкоголізації підлітків, культурні традиції спілкування в компанії, недостатньо сформований світогляд молоді особи щодо розуміння здорового способу життя; реклама пива, дії якої з усіх вікових груп найбільш піддаються підлітки, недостатній контроль виконання законодавства України в частині заборони продажу спиртних напоїв неповнолітнім. Рекомендовані заходи, щодо впливу на підлітків із метою профілактики алкоголізму, мають бути спрямовані на моральне виховання підлітків, розвиток їх творчих здібностей та здорового способу життя. Одним з таких заходів може бути залучення молоді до громадського контролю за дотриманням нормативних актів і впровадження програм, спрямованих на підтримку здорового способу життя.

### ЛІТЕРАТУРА

1. Krasnova OI, Pluzhnikova TV, Doroshenko OO, Zayats YV. The study of smoking awareness as a socially negative factor among Poltava citizens. *Poltavski dni hromadskoho zdorovya: materialy vseukrayinskoyi naukovopraktychnoyi konferentsiyi z mizhnarodnoyu uchastyu*. Poltava, 2019.
2. Pluzhnikova TV, Kostrykov AV, Krasnova OI. Study of Poltava students' awareness of drug addiction. *Visnyk Ukrayinskoyi medychnoyi stomatolohichnoyi akademiyi «Aktualni problemy suchasnoyi medytsyny»*. 2018; 18 (2): 254–258.
3. State Statistics Service of Ukraine. Statistical information. <http://www.ukrstat.gov.ua>.
4. Balakireva OM, Bondar TV., Galich YuP et al. The prevalence and tendency of tobacco, alcohol, and drug use among Ukrainian youth. Kyiv, 2011.
5. Lysyuk I. Alcoholism in adolescents as an important medical and social problem. *Medsestrynstvo*. 2016; 3: 26–28.
6. Lokteva AB. The formation of alcohol dependence in adolescence: biological and psychological aspects. *Nauchnyye vedomosti BelGU. Seriya Gumanitarnyye nauki*. 2012; 6 (125): 234–241.
7. Balakireva OM (Ed.), Bondar TV et al. Social Conditionality and Health Indicators of Adolescents and Youth: Based on a Sociological Survey of the International Student Health and Behavioral Orientation Project Kyiv, 2019.

*Стаття надійшла до редакції 24.04.2020*

DOI: [https://doi.org/10.34287/MMT.2\(45\).2020.9](https://doi.org/10.34287/MMT.2(45).2020.9)

*Л. О. Литвинова, О. М. Донік, Н. В. Гречишкіна*  
Національний медичний університет імені О. О. Богомольця  
Київ, Україна

*L. O. Litvinova, O. M. Donik, N. V. Grechishkin*  
Bogomolets National Medical University  
Kyiv, Ukraine

## АНАЛІЗ ДИНАМІКИ ДИТЯЧОГО ТРАВМАТИЗМУ В УКРАЇНІ

### Analysis of the dynamics of child traumatism in Ukraine

#### Резюме

**Мета дослідження.** Проаналізувати динаміку дитячого травматизму в Україні у 2012–2017 роках, дослідити основні причини дитячого травматизму та визначити провідні шляхи його профілактики.

**Матеріали та методи.** Матеріалами дослідження стали дані Центру медичної статистики МОЗ України з використанням базових методів медичної статистики.

**Результати.** Проаналізовано динаміку показників дитячого травматизму в різних вікових групах та за різними видами травматизму; визначено найбільш вразливу групу дітей щодо травм; проаналізовано дитячий травматизм з урахуванням віку, статі, місця проживання; окреслено напрями профілактики дитячого травматизму.

**Висновок.** Визначено, що найбільш уразливою групою дітей є підлітки 15–17 років, переважно юнаки, які проживають у містах. Лідують побутовий та вуличний травматизм. За позитивної динаміки рівнів травматизму в цілому по Україні, проглядається зростання спортивного травматизму у підлітків. Найвищі рівні підліткового травматизму спостерігаються у Києві та Київській області з негативною їх динамікою.

**Ключові слова:** травматизм, види травматизму, дитячий травматизм, профілактика.

#### Abstract

**Purpose of the study.** To analyze the dynamics of childhood traumatism in Ukraine in 2012–2017, to investigate the main causes of child traumatism and to determine the leading ways of its prevention.

**Materials and methods.** The data of the study became the data of the Center for Health Statistics of the Ministry of Health of Ukraine using basic methods of medical statistics.

**Results.** The dynamics of infant trauma rates in different age groups and by different types of traumatism are analyzed; identified the most vulnerable group of children for injuries; child traumatism was analyzed with regard to age, sex, place of residence; outlines directions of prevention of childhood traumatism.

**Conclusion.** It has been identified that the most vulnerable group of children is teenagers 15–17 years, mainly young people living in cities. Domestic and street injuries are leading. With the positive dynamics of injury levels in Ukraine as a whole, the increase in sports injuries among adolescents is evident. The highest levels of adolescent trauma are observed in Kyiv and Kyiv oblast with negative dynamics.

**Keywords:** traumatism, types of traumatic, childhood traumatic, prevention.

#### ВСТУП

Вивчення проблеми дитячого травматизму лишається актуальною, оскільки, незважаючи на позитивну тенденцію щодо зниження захворюваності дитячого населення в останні роки в цілому і, зокрема, рівнів травматизму, наслідки травм

є досить серйозними – від тимчасової втрати працездатності до ускладнень та інвалідності. Доведено, що 18–40% дітей, які отримали травми опорно-рухового апарату, стають інвалідами [1]. Кожне людське життя, особливо дитяче – це цінність, у тому числі і для суспільства. «Щодня в усьому світі життя понад 2000 сімей затьмарюється

через загибель дитини, через ненавмисну травму або так званий «нещасний випадок», яким можна було б завадити. Така трагедія може безповоротно змінити життя багатьох людей» [2]. Невипадково ще 10 років тому вперше в світі та Європі під егідою ВООЗ було проведено масштабне дослідження дитячого травматизму та розроблено стратегії його профілактики, що зазначено у відповідних документах [2, 3].

Вивчення цієї проблеми в Україні не є простим, оскільки з даних офіційної статистики важко виокремити суто травми, так як, згідно МКХ-10, вони реєструються в класі хвороб: «Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх причин». Також необхідно відзначити, що взагалі бракує спеціальних поглиблених досліджень щодо дитячого травматизму. Всесвітня організація охорони здоров'я зазначає, що лише в небагатьох країнах існують фактичні дані про дитячий травматизм, дослідження у цій галузі доволі обмежені [2].

### МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ

Проаналізувати динаміку дитячого травматизму в Україні у 2012–2017 роках, дослідити основні причини дитячого травматизму та визначити провідні шляхи його профілактики.

### МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Матеріалами дослідження стали офіційні дані Центру медичної статистики МОЗ України з використанням базових методів медичної статистики. Обґрунтування вибору саме цього проміжку часу пов'язано з реформуванням системи обліку захворюваності в Україні. До 2012 року інформація про захворюваність дітей стосувалась вікового періоду 0–14 років, із 2018 року у державних звітних формах інформація про загальну захворюваність та, зокрема, травматизм по окремих вікових групах більше не подається. Тому найбільш коректними для порівняння є саме 2012–2017 роки (рис. 1).

### РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

В структурі захворюваності дитячого населення вищезазначений клас хвороб становить лише 2% (для порівняння серед дорослого населення – 11%). Проте питома вага «дитячих» травм серед травм усього населення складає 30%. Чому діти травмуються частіше за дорослих? На травмування у дитячому віці впливають рівень виховання, вікові та індивідуально-психологічні особливості дітей, умови їх життя. Доведено, що у 82,5% випадків причиною травми є поведінка самої дитини і тільки у 17,5% – наявність «травмонебезпечних ситуацій» [1].

Очевидною є позитивна динаміка в усіх

групах без винятку, і найбільш відчутна вона у групі дорослого населення (–16,2%), що напевно пов'язано зі скороченням виробництва та відповідно виробничого травматизму. Одночасно серед підлітків 15–17 років (становлять лише 1/5 частину від усіх дитячих випадків) продовжують реєструватися найвищі рівні захворюваності через нещасні випадки, травми та отруєння у порівнянні з іншими віковими групами, водночас позитивна динаміка складає лише 4%. Так, найвищий рівень у 2017 році зафіксовано в юнаків 15–17 років – 82,4%, у дівчат – 55,4%, що свідчить також про значні гендерні розбіжності – на 48,7%. У дорослих гендерні розбіжності ще більш виражені: чоловіки щодо частоти випадків переважають жінок на 57,4%, оскільки вони частіше працюють в небезпечних умовах, можуть бути учасниками дорожньо-транспортних пригод як водії [4]. В решті вікових груп позитивна динаміка на рівні 11%. Існують розбіжності щодо захворюваності з цього класу хвороб за місцем проживання – як у дорослих, так і в дітей. Останнім у містах притаманні більш високі рівні захворюваності, ніж у селі (58,6% проти 36,2% у 2017 році), при цьому їх позитивна динаміка більш виражена (–13,6% для міського і лише –3,9% для сільського дитячого населення). Пояснення цьому цілком очевидне: у сільській місцевості відсутні великі підприємства (стосується дорослих), потужне транспортне навантаження, спокусливі травмонебезпечні екстремальні розваги для дітей (рис. 1).

Аналіз лише одного травматизму (без отруєнь та деяких інших наслідків дії зовнішніх причин) потребує його класифікації. Виділяють виробничий (стосується дорослого населення), побутовий, дорожньо-транспортний, вуличний, шкільний (стосується виключно дітей) та спортивний. З огляду на такий поділ було зроблено порівняльний аналіз динаміки окремих видів травматизму в різних вікових групах (табл. 1).

Як видно з таблиці, серед видів травматизму лідирують побутовий та вуличний, причому за позитивної динаміки показників в усіх вікових групах населення найвищі рівні фіксуються серед підлітків – 43,3 побутових та 19,6 вуличних випадків на 1000 осіб, що перевищує «дорослий» травматизм на 44% та у 3 рази, відповідно.

Звертає на себе увагу спортивний травматизм, рівень якого серед підлітків вище у 17,6 разів, ніж серед дорослих, що є, з одного боку, ознакою спорту, в якому задіяні насамперед юнацтво і молодь, а з іншого, – його ускладнення. Спорт все більше стає травмонебезпечним. Це єдиний вид травматизму, що має негативну динаміку серед дітей 0–14 років та підлітків 15–17 років на 16,6% та 10,0%, відповідно.

Щодо шкільного травматизму, то його основними причинами в Україні є організаційно-методичні (45,17%), санітарно-гігієнічні (30,75%)

та психофізіологічні (24,08%) [1]. У США через важкі шкільні травми в результаті падіння госпіталізуються 43% дітей, травмування на спортивних змаганнях – 34%, булінгу (цькування, знущань однолітків) – 10% [5].

Наведені дані свідчать про залежність травматизму в першу чергу від віку, оскільки діти дорослішають, змінюється характер їхньої активності, зростає ризикованість поведінки, бажання експериментувати (наприклад, з екстремальними розвагами чи видами спорту), при цьому спостерігається низький рівень реагування на небезпеку, відчуття загрози, що підвищує ризик отримання травми. Вивчення вікового ас-

пекту дитячого травматизму показало, що у віці 0–3 роки домінує побутовий травматизм (72,5%). У віці 4–6 років його питома вага знижується до 37,1%, натомість вуличний становить 33,6%. Цікаво, що 20,7% травм діти отримують на території дитячого садка. З віком частка вуличного і дорожньо-транспортного травматизму зростає і у віковій групі 15–17 років складає 47,9% та 48,1% відповідно [6]. Дослідниками встановлено вікові групи ризику: 1–3 роки, 6–7, 11–13 і 15–17 років, переважно для осіб чоловічої статі та сезонна циклічність із періодами 12 і 6 місяців [7].

Цікавим виявився аналіз травматизму підлітків у розрізі областей (рис. 2).

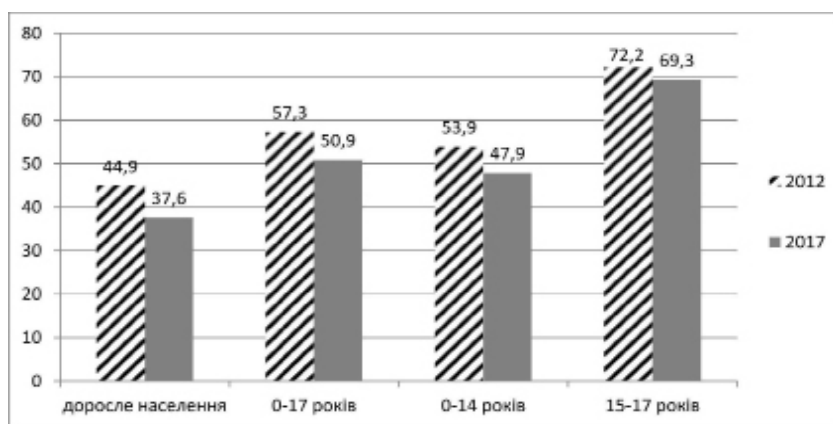


Рис. 1. Динаміка захворюваності населення України з класу хвороб «Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх причин» (на 1000 відповідного населення)

Таблиця 1

Динаміка частоти травматизму за видами в різних вікових групах населення України у 2012–2017 роки (на 1000 відповідного населення)

| Вікова група         | Вид травматизму |      |                       |      |          |      |            |      |
|----------------------|-----------------|------|-----------------------|------|----------|------|------------|------|
|                      | Побутовий       |      | Дорожньо-транспортний |      | Вуличний |      | Спортивний |      |
|                      | 2012            | 2017 | 2012                  | 2017 | 2012     | 2017 | 2012       | 2017 |
| Дорослі              | 35,7            | 30,0 | 0,57                  | 0,49 | 7,3      | 6,5  | 0,31       | 0,25 |
| Діти 0–14 років      | 32,8            | 28,9 | 0,32                  | 0,27 | 15,9     | 14,5 | 2,4        | 2,8  |
| Підлітки 15–17 років | 44,4            | 43,3 | 0,88                  | 0,75 | 19,9     | 19,6 | 4,0        | 4,4  |

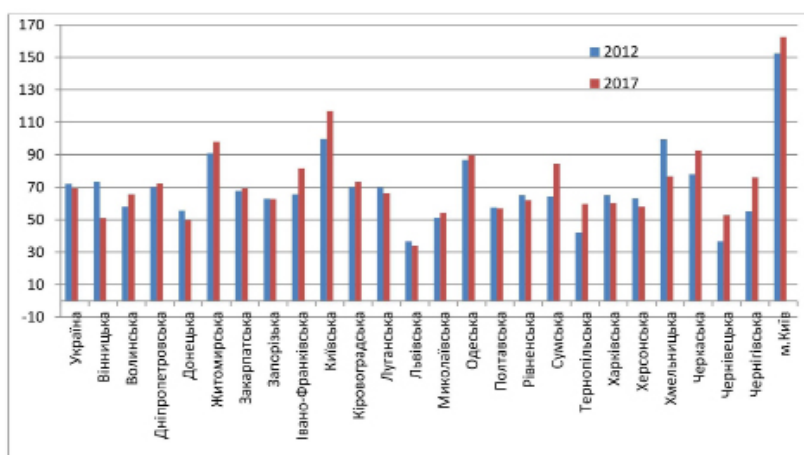


Рис. 2. Динаміка травматизму дитячого населення віком 15–17 років в Україні по областях у 2012–2017 роки (на 1000 відповідного населення)

Вочевидь найвищі рівні травматизму спостерігаються в Києві та Київській області, а також в Одеській і Житомирській областях із негативною динамікою показника. Найнижчі рівні підліткового травматизму притаманні західним областям України – Львівській (з тенденцією до зниження), Чернівецькій та Тернопільській (із негативною динамікою). У цілому динаміка вищезазначеного показника виявилася різноспрямованою. Якщо у Вінницькій та Хмельницькій областях підлітки рідше травмувалися

на 30,7% і 22,9% відповідно, то у Чернігівській, Сумській, Черкаській та Івано-Франківській областях відбулося зростання травматизму у підлітків за 5-тирічний період на 37,9, 31,3, 27,3 та 24,5 відсотків, відповідно, що не може не викликати занепокоєння.

Поглиблений аналіз підліткового травматизму в розрізі областей за окремими його видами є доцільним, оскільки він може бути корисним при розробці профілактичних заходів у кожній окремій області. Дані такого аналізу наведені у таблиці 2.

Таблиця 2

**Частота травматизму дитячого населення віком 15–17 років в Україні у 2017 році по окремих його видах та областях (на 1000 відповідного населення)**

| Значення показника | Вид травматизму |                        |                       |                    |                   |
|--------------------|-----------------|------------------------|-----------------------|--------------------|-------------------|
|                    |                 | Побутовий              | Дорожньо-транспортний | Вуличний           | Спортивний        |
| Max                | 1               | Київська 86,2          | Одеська 2,0           | Черкаська 35,2     | Вінницька 9,6     |
|                    | 2               | Житомирська 74,8       | Київська 1,9          | Одеська 27,1       | Сумська 7,6       |
|                    | 3               | Івано-Франківська 63,1 | Черкаська 1,3         | Сумська 27,0       | Одеська 7,2       |
| Min                | 1               | Львівська 25,4         | Луганська 0,17        | Львівська 7,2      | Закарпатська 0,56 |
|                    | 2               | Миколаївська 29,7      | Чернівецька 0,18      | Чернівецька 7,4    | Львівська 0,87    |
|                    | 3               | Харківська 30,5        | Донецька 3,4          | Кіровоградська 8,7 | Вінницька 1,5     |

Профілактику травматизму проводити складно, і тому це явище потребує більш ретельного вивчення. У доповіді ВООЗ зазначено, що лише в небагатьох країнах є фактичні дані про дитячий травматизм, дослідження обмежені, бракує лікарів-спеціалістів. Відповідальність за профілактику дитячого травматизму покладено на ряд галузей: освітню, транспортну, екологічну та правову, а координатором усіх дій залишається Міністерство охорони здоров'я [2].

Як одна з моделей профілактики травматизму пропонується підхід з позиції громадського здоров'я у чотири етапи: спочатку епідеміологічний нагляд для виявлення масштабів проблеми, далі – виявлення факторів небезпеки для групи ризику; третій крок – розробка й оцінка ефективності заходів, що дають позитивний результат. І, нарешті, впровадження перевірених стратегій в практику [3, 7]. Так звана матриця Хеддона (Haddon), яка побудована на тривірневій системі профілактики, відповідає епідеміологічній тріаді людського, механічного та екологічного чинників, які можуть бути присутні у кожному нещасного випадку. Тому вдосконалення травмонезбезпечних виробів, законодавства щодо травматизму та освіта населення є основними складовими профілактики.

До профілактики дитячого травматизму у різних вікових групах долучаються відповідні освітні заклади, але найважливішою складовою

залишається відповідальність родини, батьків, вихователів і медичного персоналу. Природа травматизму різна: випадковість через непередбачувані обставини, свідоме нараження на небезпеку (невиправданий ризик), незнання чи нехтування правилами техніки безпеки. Відповідно стратегія профілактики має бути відмінною для різних вікових груп та для різних видів травматизму.

## ВИСНОВКИ

1. Рівні захворюваності населення України з класу хвороб «Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх причин» є вищими серед дитячого населення, ніж серед дорослого на 84,3%, незважаючи на те, що значною складовою травматизму останнього є виробничий травматизм, який не стосується дітей.

2. Ці показники мають певні віко-статеві та територіальні особливості: частіше трапляються серед міських підлітків.

3. Аналіз динаміки підліткового травматизму виявив перевагу побутового та вуличного травматизму з їх позитивною динамікою та довів зростання частоти спортивного травматизму.

4. Незважаючи на універсальність профілактичних стратегій, має бути індивідуальний підхід до розробки програм профілактики для кожної вікової групи з огляду на визначені фактори ризику травмування.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Grubar I. Ya. Child traumatism: prevention and rehabilitation by means of physical education.

PhD, 2004, The State Higher education institution «I. Horbachevsky Ternopil State medical university

of Ministry of health of Ukraine», Ternopil, Ukraine.

2. World Report on Childhood Injury Prevention / World Health Organization. - Geneva: 2008, 3–6.

3. European report on child injury prevention. World Health Organization. - Copenhagen, 2009: 80–81.

4. Khanbikova ER, Bogdanova TM. The problem of injuries and its prevention, especially the course of injuries in the Saratov region. *Mezhdunarodnyy studencheskiy nauchnyy vestnik*. 2018; 5. URL: <http://www.eduherald.ru/ru/article/view?id=19156>.

5. Polishchuk LM, Radaeva IM, Ustyanskaya OV. Analysis of preventive measures to reduce school injuries. *Molodyy vchenyy*. 2016; 11 (38): 83–84.

6. Golovko OV, Pavlenko TN. Child injuries according to the hospital of the multidisciplinary hospital in Orenburg. *Zdorovye i obrazovaniye v XXI veke*. 2016; 18 (9): 67.

7. Grechukhin IV. Characteristics of childhood and adolescent injuries, age and biorhythmological aspects of its prevention. *Permskiy meditsinskiy zhurnal*. 2010; XXVII (1): 105–112.

*Стаття надійшла до редакції 17.04.2020*

DOI: [https://doi.org/10.34287/MMT.2\(45\).2020.10](https://doi.org/10.34287/MMT.2(45).2020.10)**Н. В. Харченко, С. В. Харченко**Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія»  
Полтава, Україна**N. V. Kharchenko, S. V. Kharchenko**Higher State Educational Institution of Ukraine «Ukrainian Medical Stomatological Academy»  
Poltava, Ukraine

## ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ У ПІДЛІТКІВ

### Forming a healthy lifestyle in teens

#### Реферат

**Мета роботи.** Вивчення мотивації сучасних школярів-підлітків до здорового способу життя.

**Матеріали та методи.** Використовувався анкетний метод, що включав самооцінку мотиваційних складових формування здорового способу життя.

**Результати.** Серед життєвих цілей і цінностей в обох групах найбільш значущими виявилися категорії, що визначають життєві сенси. Для групи 13–15 років ними виявилися здоров'я (70,5%) щаслива, дружна сім'я (63,0%), друзі (48,8%), здоров'я близьких людей (28,9%), любов (15,3%). Для групи 16–18 років вибір включав цінність сім'ї (74,8%), здоров'я (68,4%), гарну освіту (45,4%). У блоці анкети, що відноситься до факторів, які стимулюють рух до ЗСЖ, результати за двома групами виявилися майже ідентичними. Провідними у 9 і 11-класників були турбота про своє здоров'я (92,8 і 90,2% опитаних, відповідно), турбота про своє майбутнє (75,8 і 83,4%), приклад батьків та інших родичів (65,5 і 58,8%), а також турбота про своїх майбутніх дітей (45,2 і 55,8%). Для 9-класників більш значущими, ніж для 11-класників, виявилися також такі стимули, як приклад друзів і педагогів (24,2% і 18,0%, відповідно). Стимулюючий вплив реклами і приклади «зірок» відзначили лише 4 підлітки старшої групи.

**Висновок.** Здоров'я серед позитивних мотивацій обстежених школярів займає одне з перших місць, будучи стійкою домінантою в віковому діапазоні 13–18 років. Реальне мотивування до здорового способу життя збігається з перспективним, а усвідомлений вибір збігається з цілями, засвідчуючи про формування особистості, здатної приймати відповідальність за своє здоров'я.

**Ключові слова:** здоровий спосіб життя, мотивація, школярі-підлітки, сім'я, стимул.

#### Abstract

**Purpose of the study.** Motivations of healthy lifestyle for modern teenage students are studying.

**Materials and methods.** The questionnaire method was used, which included self-assessment of the motivational components of the formation of a healthy lifestyle.

**Results.** Among the life goals and values in both groups, the most important were the categories that determine life values. For the group of 13–15 years, they found themselves in health (70,5%) happy, close family (63,0%), friends (48,8%), health of loved ones (28,9%), love (15,3%). For the 16–18 age group, choices included family value (74,8%), health (68,4%), and good education (45,4%). In the block of the questionnaire related to the factors that stimulate movement to HL, the results for the two groups were almost identical. Leading 9th and 11th graders were caring for their health (92,8% and 90,2%, respectively), caring for their future (75,8% and 83,4%), the example of parents and other relatives (65,5 and 58,8%), as well as caring for their future children (45,2 and 55,8%). For the 9th graders more important than for the 11th graders, there were also such incentives as the example of friends and teachers (24,2% and 18,0% respectively). The stimulating impact of advertising and examples of «stars» noted only 4 teenagers of the older group.

**Conclusion.** Health among the positive motivations of the surveyed students is one of the first places, being a stable dominant in the age range of 13–18 years. Real motivation for healthy lifestyles coincides with promising ones, and conscious choices coincide with goals, testifying to the formation of an individual capable of taking responsibility for one's health.

**Keywords:** healthy lifestyle, motivation, teenage students, family, incentive.



## ВСТУП

За останні десятиліття суттєво погіршився стан здоров'я населення країни в цілому. Актуальність проблеми збереження та зміцнення здоров'я молоді набула державного значення, бо саме молодь, як перспективна частина суспільства, розбудовуватиме майбутнє. Проблема впровадження здорового способу життя в молодіжне середовище переходить до категорії таких, що визначають рівень національної безпеки держави.

У підлітковому віці важливим є формування потреби бути здоровим і на цій основі розвивати відповідні стереотипи поведінки та формувати навички здорового способу життя є одним із важливих критеріїв саме у підлітковому віці.

Основною метою любого начального закладу є виховання та оздоровлення дітей. Адже оздоровлення включає в себе відновлення, збереження, компенсацію здоров'я, розширення адаптивних можливостей організму, підвищення стійкості до впливу різноманітних факторів. Таким чином, можемо стверджувати, що виховна система навчального закладу – це педагогічна система, що включає в себе основні елементи цілеспрямованого навчання; механізм організації простору здорового способу життя; фізичного, психічного, духовного, морального оздоровлення дитини через активний відпочинок; відкрита система, яка дозволяє здобувати новий досвід.

Безперечно освітня діяльність спрямована на конкретну дитину, особистість, певну групу дітей, що і визначає мету виховної діяльності в навчальному закладі – формування ціннісного ставлення до оточуючого світу, а не тільки корекції поведінки дитини. Тому виховна діяльність у навчальному закладі проходить в умовах дитячого об'єднання, різноманітності його складу, відносної автономності існування, колективного характеру життя [1].

## МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ

Метою дослідження є вивчення мотивацій сучасних школярів-підлітків до здорового способу життя.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Обстежено дві вибірки, що включають 88 підлітків 12–14 років і 98 підлітків 16–18 років. Вибір цих вікових груп був обумовлений психологічними особливостями зазначених періодів, протягом яких відбувається зародження і формування світоглядних уявлень про цінності і сенси життя. Використовувався анкетний метод, що включає самооцінку мотиваційних складових формування здорового способу життя. Анкета складалася з 6 блоків, які включали життєві цілі та їх ієрархію, умови для досягнення цих

цілей, фактори, що сприяють і перешкоджають руху до здорового способу життя, прагматичні і психологічні вигоди від дотримання здорового способу життя.

## РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

У підлітковому і юнацькому віці відбувається перехід від соціальної бажаності до активного життєвого вибору. Подолання перешкод на шляху до обраної мети, здійснення певної діяльності або утримання від неї залежить від мотиваційних стимулів. Якщо мета – здоров'я, то одним з мотивів для руху до неї може бути знання, що корисно для здоров'я [2].

Серед життєвих цілей і цінностей в обох групах найбільш значущими виявилися категорії, що визначають життєві смисли. Для групи 13–15 років ними виявилися здоров'я (70,5%), щаслива, дружна родина (63,0%), друзі (48,8%), здоров'я близьких людей (28,9%), любов (15,3%). Для групи 16–18 років вибір включав цінність родини (74,8%), здоров'я (68,4%), гарну освіту (45,4%). У блоці анкети, що відноситься до факторів, які стимулюють рух до ЗСЖ, результати за двома групами виявилися майже ідентичними. Провідними у 9 і 11-класників були турбота про своє здоров'я (92,8 і 90,2% опитаних відповідно), турбота про своє майбутнє (75,8 і 83,4%), приклад батьків та інших родичів (65,5 і 58,8%), а також турбота про своїх майбутніх дітей (45,2 і 55,8%). Для 9-класників більш значущими, ніж для 11-класників, виявилися також такі стимули, як приклад друзів і педагогів (24,2% і 18,0% відповідно). Стимулюючий вплив реклами і приклади «зірок» відзначили лише 4 підлітка старшої групи.

Здоров'я дається людині від народження, але щоб зберегти його на все життя, потрібно з раннього дитинства і до глибокої старості піклуватися про його зміцнення. Якщо в ранньому дитинстві здоров'я дитини залежить переважно від способу життя сім'ї, то в підлітковому віці посилюється вплив навколишнього середовища.

Необхідно з дитинства пам'ятати, що здоровий спосіб життя є самим практичним і найменш дорогим шляхом профілактики захворювань, вимагає від людини роботи і закріплення корисних звичок, а дозвільний спосіб життя спричиняє погіршення здоров'я.

Фізична активність – один з найважливіших компонентів здорового способу життя. Всі дівчата мріють мати красиву струнку фігуру, а всі юнаки бути сильним і міцним. Всього цього можливо досягти при регулярних заняттях фізкультурною з залученням всіх груп м'язів (ходьба, біг підтюпцем, плавання, їзда на велосипеді, лижі, веслування, командні ігри).

Зі станом м'язів пов'язана нормальна постава дитини і форма стопи, які формуються при

систематичних заняттях фізичними вправами і постійному контролі за своєю поставою самих дітей та їхніх батьків.

Дозоване фізичне навантаження корисне всім. Навіть діти, які мають якісь протипоказання, не повинні повністю звільнитися від рухової активності, тому що можливо скористатися комплексами лікувальної гімнастики [3].

Тому великий відсоток дівчат протягом всього періоду навчання в школі, починаючи навіть з першого класу, знаходять час для систематичних занять танцями. Це розвиває грацію, пластику, артистичні здібності, самодисципліну, силу волі [4].

Це формує вміння боротися з розчаруванням, мати всеперемагаючий оптимізм. Це спонукає наполегливо трудитися, ставити мету і досягати її. Ті, хто танцюють, працюють у команді з іншими, беруть участь у різних виступах, концертах, конкурсах у нашій країні і за кордоном. Вони отримують призи, нагороди, збагачують світогляд, незабутні враження. Вони показують свій труд, енергію, оптимізм, веселий характер і діляться з іншими.

Коли дівчата, і навіть хлопці, танцюють – це приносить радість і виконавцям і глядачам, надихає людей. Це дарує всім гарний настрій, заряд і позитивні емоції. Хлопці ті, що мають талант, із задоволенням займаються танцями і досягають гарних результатів.

А переважна більшість хлопців відвідують різні спортивні секції, басейн тощо. Це допомагає їм виявити і розкрити свої здібності, навчитися використовувати всі ресурси і можливості організму на максимальному рівні.

Заняття футболом тренують грати в команді і досягати однієї мети. Заняття плаванням тренують сконцентруватися і в потрібний момент зробити ривок до фінішу. Прикладом у спорті для підлітків є їхній тренер, від майстерності і професіоналізму якого залежать досягнення і успіхи всієї команди. Він для них є не тільки тим, хто вдосконалює їх майстерність, але і справжнім другом, який переживає і боліє за них.

Він є не тільки викладачем, а й професіоналом, за спиною у якого є багато змагань, перемог, різних досягнень і нагород. Він завжди знаходиться зі своїми вихованцями і дасть їм всі необхідні рекомендації та підніме їх бойовий дух.

Заняття спортом формують у підлітків цілеспрямованість, терпіння, працелюбність, яку вони потім проносять через своє життя.

Дотримання режиму дня – є обов'язковою умовою здорового способу життя дитини. Режим дня – це добре продуманий розпорядок праці, відпочинку, харчування.

Головним видом відпочинку, звичайно є сон. Школяру необхідно спати не менше 8–9 годин у сприятливих умовах – тепла ковдра, прохолодне повітря, спокійна обстановка.

Перебування на свіжому повітрі щодня по 1,5–2,5 години в поєднанні з руховою активністю, фізичною працею, заняттями спортом є одним з компонентів раціонального режиму дня.

Загартовування корисно в будь-якому віці. Загартована людина протистоїть холоду та спеці, вологості. Загартовування організму надають такі дії як повітряні ванни, ходьба босоніж, відвідування лазні. Найсильніший ефект, що гартує, надають водні процедури – обтирання, обливання, душ, ванни, розтирання снігом і моржування. При загартовуванні важливо дотримуватися таких принципів: поступовість, систематичність, індивідуальний підхід, різноманітність впливів, що гартують.

У період фізіологічних змін для підлітків особливо важливо збалансоване та раціональне харчування. Швидке зростання і наростання м'язової маси тіла вимагає рівномірного харчування протягом дня. Тривалі перерви, кваплива їжа, «перекушування» на ходу бувають причиною порушень діяльності шлунково-кишкового тракту.

Дуже корисні для харчування підлітків хліб грубого помелу, каші, кисломолочні продукти, нежирні сорти м'яса, курка і риба, фрукти, сирі овочі і зелень. Необхідно знизити вміст у раціоні тваринних жирів і «швидких» вуглеводів – цукру, солодоців, кондитерських виробів, картоплі. Треба віддавати перевагу мармеладу, зефіру, меду, шоколаду в невеликій кількості.

Треба стежити, щоб школярі отримували гарячі обіди, не їли всухом'ятку, не захоплювалися бургерами і чіпсами. Протягом дня щоб випивали близько 2 літрів рідини, бажано чистої води [3].

І батьки і діти повинні пам'ятати, що фастфуд можна приготувати і подати за 15 хвилин. Піца, гамбургери, чизбургери, хот-доги, шаурма, картопля-фрі, пончики, млинці готують із заздалегідь приготованих інгредієнтів, які перед тим зберігаються у холодильнику. Вся ця їжа подається у гарячому вигляді. Майонезні і томатні соуси, а також обсмажування у фритюрі роблять страви смачними, але калорійними.

Існує думка, що швидке харчування є дуже шкідливою їжею, яку потрібно заборонити. Їсти таку їжу у школі щодня – це великий ризик [5].

У дітей і підлітків виробляється залежність. Така їжа легко засвоюється. Незабаром після їжі люди знову відчувають голод. В результаті, вони споживають більше калорій. Це призводить до збільшення ваги і ожиріння.

Але можна відвідувати піцерію для відпочинку і розваги на вихідні.

Велике значення для зміцнення здоров'я мають хороший психологічний клімат у родині, хороше взаєморозуміння підлітка з дорослими, батьками і друзями, що допомагає молодим людям з найменшими втратами для здоров'я долати стресові ситуації і важкі моменти в житті.

Підтримка чистоти шкіри, догляд за нігтями також є елементами здорового способу життя. Важливо, навчити дитину мити руки перед їжею, після відвідування туалету, роботи на городі, прогулянок по вулиці. Особливо важливий догляд за своїм тілом підліткам. У період статевого дозрівання вони і самі помічають, що стали більше пітніти, відчувають сильний запах від ніг і пахвових западин. Від тих, хто нехтує особистою гігієною неприємний запах відчувається на відстані. Після прийому душу потрібно змінити натільну білизну. Ноги миють щодня на ніч.

У підлітковому віці важливий і догляд за волоссям. Здорове, блискуче і слухняне волосся може стати справжньою окрасою, тому треба навчитися, правильно за ним доглядати.

Регулярний догляд за порожниною рота допоможе зберегти зуби, попередити багато захворювань внутрішніх органів. Для того, щоб зберегти зуби здоровими до зрілого віку, потрібен догляд за зубами і відвідування стоматолога 1–2 рази на рік. Блискучий ряд білих і здорових зубів по справжньому прикрашає людину. Не можна ставитися до чищення зубів легковажно. Потрібно користуватися індивідуальною зубною щіткою, яку потрібно міняти 1 раз в 3–4 місяці. Полоскати рот потрібно після кожного прийому їжі. Після появи неприємного запаху з рота необхідно звернутися за порадою до лікаря.

Гігієна білизни та одягу має дуже велике значення. Бажано, щоб одяг був вільним і під ним зберігався повітряний прошарок. Важливе місце в особистій гігієні займають дотримання чистоти натільної білизни та одягу, щоденна зміна шкарпеток або колготок, особливо при підвищеній пітливості. Кожному члену сім'ї рекомендується мати окреме ліжко, окремі рушники, 1 раз на тиждень міняти постільну білизну. На ніч рекомендується надягати нічну сорочку або піжаму.

Останнім часом надзвичайно бурхливо розвиваються комп'ютерні технології. Кожну дитину батьки забезпечують різними телефонами, планшетами, комп'ютерами та іншим.

З раннього дитинства і уже в підлітковому віці діти гарно володіють комп'ютерами. І відповідно, комп'ютери – ними. Це затягує, виникає залежність, пристрасть. Це краде багато вільного часу. А його не так багато у підлітка. Дитина постійно сидить або лежить за комп'ютером чи телефоном. Це може погіршити зір, викривити спину.

Через інтернет підлітки отримують надзвичайний потік різної яскравої інформації, яка

блискавично змінює одна одну. В тому числі – це реклами, непотрібні новини, фільми. Підліток не може самостійно уже відмовлятися від комп'ютера, не може засвоювати великий потік інформації, тому може сидіти ночами і додивлятися. Підліток не може відкинути шкідливу привабливу небезпечну для виховання і формування особистості інформацію. Батьки не володіють ситуацією і не впливають на розумовий, моральний, фізичний розвиток дитини. Багато підсідають бездумно на ігри та інше.

Через деякий час отримуємо результат. Підліток сформований на лозунгах, фільмах інтернетом. Виникають різні психічні розлади і хвороби.

Тому батьки не повинні закривати очі на тишеньку, непомітну, зручну дитину, яка не заважає і постійно сидить за комп'ютером, іграми, фільмами, контактами та іншим. Вони повинні критично адекватно оцінювати ситуацію. Вони повинні стежити за часом, відведеним підлітку для комп'ютера, за інформацією, яку він отримує. Обов'язок батьків – спілкуватися з підлітком на фоні своєї зайнятості про те, що його турбує, які у нього формуються погляди. Це сприятиме впливу на розвиток дитини здорової психічно і фізично.

Отже, батьки повинні постійно сумлінно стежити за способом життя дитини, особливо підлітка. Направляти, як капітан корабля, у бурхливих хвилях життя дитини у правильне русло. Щоб плавець-підліток не збився з істинного шляху.

На першому плані при формуванні здорового способу життя стоять любов до дитини і позитивне ставлення до життя. Чим більше батьки й оточуючі люблять дитину, тим гармонійною і щасливішою вона виросте. Тільки не треба забувати, що любов – це не всюдозволеність, а увага, повага, здорова критика. В атмосфері любові і дружби легше виховати здорову людину [3].

## ВИСНОВКИ

Оскільки більшість показників у двох обстежених групах підлітків виявилися близькі, можна припустити, що виявлені особливості мотивацій – прояв загальної тенденції, характерної для сучасних підлітків. Результати даного дослідження дозволяють визначити напрямки профілактичного впливу, метою якого має бути виховання особистості, здатної приймати відповідальні рішення щодо свого здоров'я, а також змінювати середовище, в якому вона існує, в сприятливу для здоров'я сторону.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Syvohop YM. The healthy lifestyle of adolescent's formation in the course of sports and local lore activity of out-of-school educational institutions. *Naukovyy visnyk Uzhhorodskoho natsionalnoho universytetu. Seriya «Pedahohika, sotsialna robota»*. 2013; 29: 191–193.
2. Bal LV, Mikhailov AN, Gundarov IA. Promote motivation healthy lifestyle for adolescents.

Gigiyena i sanitariya. 2014; 93 (4): 70–72.

3. The healthy lifestyle formation in adolescents.  
<https://gigabaza.ru/doc/186521.html>.

4. Chernova S. Choreographer is my future profession. 2018.

[https://moeobrazovanie.ru/horeograf\\_\\_moya\\_buduschaya\\_professiya.html](https://moeobrazovanie.ru/horeograf__moya_buduschaya_professiya.html).

5. Fuhrman J. The Hidden Dangers of Fast and Processed Food. Am J Lifestyle Med. 2018; 12 (5): 375–381. DOI: 10.1177/1559827618766483.

*Стаття надійшла до редакції 30.04.2020*

DOI: [https://doi.org/10.34287/MMT.2\(44\).2020.11](https://doi.org/10.34287/MMT.2(44).2020.11)

**Г. О. Слабкий, І. С. Миронюк, Н. О. Кабацій, Л. В. Левко**  
Державний вищий навчальний заклад «Ужгородський національний університет»  
Ужгород, Україна

**G. O. Slabkiy, I. S. Mironyuk, N. O. Kabatsiy, L. V. Levko**  
State University «Uzhhorod National University»  
Uzhhorod, Ukraine

## СУЧАСНІ ОРГАНІЗАЦІЙНО-МЕТОДИЧНІ ПІДХОДИ ДО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАСЕЛЕННЯ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНИМИ ПОСЛУГАМИ

### Modern organizational and methodical approaches to providing population with special needs for medico-social services

#### Резюме

**Мета дослідження.** Встановити кількість осіб з особливими потребами в Закарпатській області та визначити стратегічні підходи по їх забезпеченню соціальними та медичними послугами в сучасних умовах розвитку суспільства.

**Матеріали та методи.** Матеріалами дослідження слугували дані наукової літератури з проблеми дослідження та державна статистична звітність з питань інвалідизації населення, кількості дітей-сиріт та дітей, що позбавлені батьківської опіки і законодавства України з питань соціального захисту осіб з особливими потребами. Дослідження охоплювало період з 2010 по 2019 роки. Під час дослідження використано такі методи: бібліосемантичний, медико-статистичний, контент-аналізу, структурно-логічного аналізу. Методичною основою дослідження став системний підхід.

**Результати.** Проведений аналіз динаміки кількості осіб з особливими потребами в Закарпатській області за період 2010–2019 роки показав збільшення кількості інвалідів на 27% з їх кількістю 75415 осіб, 6826 дітей-інвалідів та 2125 дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування. Результати роботи Оцінної Місії ВООЗ свідчать, що існуюча в країні система надання реабілітаційної допомоги, оцінки стану обмеження життєдіяльності, не відповідає світовим вимогам та статистична інформація щодо інвалідності не може бути порівняна із міжнародними даними. При цьому, прийнята в Україні останнім часом за-

#### Abstract

**Purpose of the study.** To establish the number of persons with special needs in Transcarpathian region and to define strategic approaches for their provision by social and medical services in modern conditions of society development.

**Materials and methods.** The source for the study was data from the scientific literature on the research issue and state statistical reporting on the numbers of the disabled, the number of orphans and children deprived of parental care and the legislation of Ukraine on social protection of persons with special needs. The study covered the period from 2010 to 2019. During the study, the following methods have been used: bibliosemantic, medical statistical, content analysis, structural logical analysis. The methodological basis of the study was a systematic approach.

**Results.** The analysis of the dynamics of the number of persons with special needs in Transcarpathian region for the period of 2010–2019 showed an increase in the number of persons with disabilities by 27% with the number of 75415 persons, 6826 children with disabilities and 2125 orphan children and children deprived of parental care. The results of the WHO Evaluation Mission show that the country's existing system of providing rehabilitation assistance, assessing the status of life-limiting, does not meet world requirements and that statistical information on disability cannot be compared with international data.

At the same time, the recent legislation in Ukraine envisages the improvement of the system of social

конодавча база передбачає удосконалення системи соціальної та медичної допомоги особам з особливими потребами для дорослих з формування системи надання комплексу послуг відповідно до фактичних потреб населення з максимальним наближенням послуги до місця проживання клієнта з максимальним використанням можливостей об'єднаних територіальних громад.

Догляд і виховання дітей має здійснюватися в умовах, наближених до сімейних із забезпеченням умов для проживання, наближених до сімейних (забезпечення харчуванням, одягом, взуттям, твердим і м'яким інвентарем, ведення домашнього господарства, організація дозвілля тощо), формування та підтримка навичок самообслуговування, побутових навичок, необхідних для організації самостійного життя; виховання та розвиток індивідуальних здібностей, сприяння в отриманні освітніх, медичних, реабілітаційних і соціальних послуг у відповідних закладах.

**Висновки.** В області, при збільшенні кількості людей з особливими потребами, базуючись на законодавчій базі, створюються умови для забезпечення вільного, рівного та зручного доступу до комплексу послуг у безпечній, комфортній громаді для кожної людини.

**Ключові слова:** особи з особливими потребами, діти-сироти, діти позбавлені батьківської опіки, соціальні послуги, шляхи забезпечення.

## ВСТУП

Аналіз статистичних даних показує, що в Україні до 15% жителів є особами з інвалідністю. При цьому щорічний рівень первинного виходу населення на інвалідність складає до 36 на 10 тис. населення маючи тенденцію до зростання [1, 2]. За даними літератури також зростає в країні кількість дітей-сиріт та дітей, які позбавлені батьківської опіки [3].

Останнім часом Україна приєдналась до Глобального плану ВООЗ з інвалідності «Ліпше життя для людей з інвалідністю» на 2014–2021 роки [4]. Але існуюча в країні система надання реабілітаційної допомоги, проведення оцінки стану обмеження життєдіяльності в теперішній час не відповідає міжнародним вимогам, а статистична інформація щодо осіб з інвалідністю не може бути порівняна із міжнародними даними.

Рішення проблеми потребує оптимізації роботи як медико-соціальних експертних комісій, так і системи реабілітації осіб із інвалідністю із залученням усіх зацікавлених учасників реабілітаційного процесу [5].

Через наявність проблем зі здоров'ям особи з особливими потребами потребують ужиття на рівні держави спеціальних заходів, які мають бути спрямованими на забезпечення повно-

and medical assistance to persons with disabilities. It includes formation of a system of provision of services in accordance with the actual needs of the population with the maximum approximation of the service to the place of residence of the client with the maximum use of opportunities of the united territorial communities.

Care and upbringing of children should be carried out in a family-friendly environment, providing conditions for living close to family conditions (food, clothing, footwear, hard and soft equipment, housekeeping, leisure activities, etc), developing and maintaining self-care skills, household skills necessary for the organization of independent life; education and development of individual abilities, assistance in obtaining educational, medical, rehabilitation and social services in appropriate institutions.

**Conclusion.** In the region, as the number of people with disabilities increases, based on the legal framework, conditions are created to ensure free, equal and convenient access to a range of services in a safe, comfortable community for everyone.

**Keywords:** persons with disabilities, children with disabilities, orphan children, children deprived of parental care, ways of provision.

цінної участі вказаних осіб в житті соціуму [6, 7]. Необхідно зазначити, що національним законодавством встановлено гарантії для осіб вказаної категорії, що стосуються всіх сфер життєдіяльності суспільства, в тому числі охорони здоров'я, освіти, зайнятості, дозвілля, відпочинку, спорту тощо.

Формування державної політики стосовно осіб з особливими потребами здійснюється на основі ст. 3 Конституції України, згідно якої людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканність і безпека визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю, а права і свобода людини та їх гарантії визначають зміст і спрямованість діяльності держави.

Виходячи з вищезазначеного, можна зазначити, що на сучасному етапі розвитку суспільства діяльність національних інституцій, у тому числі органів державної влади, громадських об'єднань тощо, має бути спрямована на створення таких умов, за яких особи з особливими потребами зможуть вести незалежний спосіб життя і брати активну участь у всіх його аспектах [8, 9].

## МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ

Встановити кількість осіб з особливими потребами в Закарпатській області та визначити стратегічні підходи по їх забезпеченню соціаль-

ними та медичними послугами в сучасних умовах розвитку суспільства.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Матеріалами дослідження слугували дані наукової літератури з проблеми дослідження та державна статистична звітність з питань інвалідизації населення, кількості дітей-сиріт та дітей, що позбавлені батьківської опіки і законодавства України з питань соціального захисту осіб з особливими потребами. Дослідження охоплювало період з 2010 по 2019 роки.

Під час дослідження використано такі методи: біблосемантичний, медико-статистичний, контент-аналізу, структурно-логічного аналізу. Методичною основою дослідження став системний підхід.

## РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

Першим етапом дослідження було вивчення динаміки кількості людей з інвалідністю, які проживають в Закарпатській області за період з 2010 по 2019 роки. Отримані результати наведено в таблиці 1.

Таблиця 1

Кількість осіб з інвалідністю, Закарпатська область (2010, 2015–2019)

| Рік          | Усього | I група |      | II група |       | III група |       |
|--------------|--------|---------|------|----------|-------|-----------|-------|
|              |        | Абс.    | %    | Абс.     | %     | Абс.      | %     |
| 2010         | 63078  | 6114    | 9,7  | 24581    | 38,9  | 27093     | 51,4  |
| 2015         | 71930  | 6274    | 8,7  | 22160    | 30,8  | 37403     | 60,5  |
| 2016         | 72334  | 6189    | 8,6  | 21557    | 29,8  | 38303     | 61,6  |
| 2017         | 73197  | 6119    | 8,4  | 21152    | 28,9  | 39458     | 62,7  |
| 2018         | 74206  | 6101    | 8,2  | 20873    | 28,1  | 40557     | 63,7  |
| 2019         | 75415  | 6054    | 8,0  | 20556    | 27,3  | 41979     | 64,7  |
| 2019 до 2010 | +12337 | -60     | -1,7 | -4025    | -11,6 | +14886    | +13,3 |

Проведений аналіз наведених в таблиці 1 даних вказав на те, що в Закарпатській області в 2019 році проживало 75415 осіб з інвалідністю, що більше на 12337 ніж в 2010 році. В структурі кількості осіб з інвалідністю 8% мають першу групу інвалідності, 27,3% – другу групу інвалідності та 64,7% – третю групу інвалідності.

Також була вивчена кількість дітей-інвалідів, які проживають в Закарпатській області. Станом

на кінець 2019 року в Закарпатській області проживало 6826 дітей-інвалідів, що на 1536 (29%) більше ніж в 2010 році. Від загальної кількості дітей, які проживають в області діти-інваліди складають 2,34%.

Слідуючим кроком дослідження було вивчення статистичних даних про дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування. Отримані дані в динаміці 2010–2018 роки наведені в таблиці 2.

Таблиця 2

Статистичні дані про дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування і їх усиновлення, Закарпатська область (2010, 2015–2018)

| Показник  | 2010 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2018 до 2010 |
|---|------|------|------|------|------|--------------|
| Загальна кількість дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування | 2326 | 2301 | 2261 | 2216 | 2125 | -201         |
| Кількість дітей усиновлених протягом року (абс.)                              | 120  | 106  | 99   | 87   | 107  | -13          |
| Частка дітей усиновлених протягом року (%)                                    | 5,2  | 4,6  | 4,4  | 3,9  | 5,0  | -0,2         |

За період 2010–2018 років кількість дітей-сиріт та дітей, які позбавлені батьківського піклування в області скоротилася на 201 і склала 2125, що становить 0,73% від загальної кількості дітей, які проживають в області. Частка усиновлених дітей скоротилася з 5,2% до 5,0% і в 2018 році склала 107 дітей.

В ході дослідження було встановлено, що в області функціонують такі інтернатні заклади

та заклади соціального захисту дітей: школи-інтернати для дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, дитячі будинки, що перебувають у сфері управління Міністерства освіти і науки України, дитячі будинки, що перебувають у сфері управління Міністерства охорони здоров'я України, будинки-інтернати, що перебувають у сфері управління Міністерства соціальної політики України, притулки для дітей.

Також в ході дослідження було встановлено, що за роки дослідження кількість дитячих будинків, що перебувають у сфері управління Міністерства освіти і науки України скоротилася на три, а кількість дітей які в них перебувають скоротилася на 190 і склала 51 дитину. Також скоротилася кількість дітей які перебувають школах-інтернатах для дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування на 116 і склала 88 дітей. Збільшилася на 29 кількість дітей які перебувають в дитячих будинках, що перебувають у сфері управління Міністерства охорони здоров'я України і склала 94. Найбільша кількість дітей (384) знаходиться в будинках-інтернатах, що перебувають у сфері управління Міністерства соціальної політики України. Також велика кількість дітей (277) перебуває у притулках для дітей.

Слідуючим кроком дослідження було проаналізовано сучасну законодавчу базу України з питань забезпечення осіб з особливими потребами соціальними та медичними послугами. З метою трансформації системи послуг з інституційного догляду, коли особи з інвалідністю перебувають в спеціалізованих закладах в тому числі інтернатного типу, до системи, що передбачає раннє виявлення проблем та проживання людини в громаді, у якій створені усі необхідні умови та забезпечено доступність до послуг в усіх сферах суспільного життя. Верховною Радою України 17 січня 2019 року було прийнято Закон України «Про соціальні послуги» за № 2671-УІІІ. Вказаний Закон визначає основні організаційні та правові засади надання соціальних послуг, спрямованих на профілактику складних життєвих обставин, подолання або мінімізацію їх негативних наслідків, особам/сім'ям, які перебувають у складних життєвих обставинах.

Виконанню даного Закону України повинно сприяти створення централізованого банку даних з проблем інвалідності (постанова Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2018 року № 1205). Затверджене Постановою КМУ положення про централізований банк даних з проблем інвалідності визначає порядок створення, функціонування та ведення централізованого банку даних з проблем інвалідності (далі – банк даних) як автоматизованої системи для визначення потреб осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю та інших окремих категорій населення, які відповідно до законодавства мають право на забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації, реабілітаційними послугами, санаторно-курортним лікуванням тощо в засобах реабілітації та послугах у сфері реабілітації.

Основними завданнями банку даних є: створення єдиної комплексної інформаційно-аналітичної системи обліку осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю, інших осіб; проведення

аналізу та ведення обліку даних про: реабілітаційні заходи, а також визначення потреби в таких заходах; засоби та послуги реабілітації, які надаються особам з інвалідністю, дітям з інвалідністю, іншим особам, а також визначення потреби в таких засобах і послугах; доступність та оснащення закладів охорони здоров'я для надання послуг особам з інвалідністю та іншим маломобільним категоріям населення; виплату грошової компенсації під час виконання індивідуальних програм реабілітації осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю.

На даному етапі Уряд України в умовах децентралізації влади закладає новий розподіл повноважень між центральними та місцевими органами державної влади в забезпеченні доступності кожної людини як до послуг за місцем проживання, так і до високоспеціалізованих послуг при цьому, надання більшості соціальних та реабілітаційних послуг має забезпечуватись безперервно за місцем проживання людини.

Необхідно зазначити, що Міністерство соціальної політики України розробило Навігатор розвитку системи надання комплексу послуг особам (дітям) з інвалідністю та/або дітям віком до трьох років, які належать до групи ризику щодо отримання інвалідності, для голів об'єднаних територіальних громад (ОТГ), фахівців виконавчих органів сільських, селищних, міських рад ОТГ. Задача навігатора полягає в забезпеченні вільного, рівного та зручного доступу до комплексу послуг у безпечній, комфортній громаді для кожної людини.

Робота з реалізації поставлених завдань повинна проводитися в чотири організаційних етапи.

Перший організаційний етап.

Моніторинг потреб осіб (дітей) з інвалідністю та/або дітей віком до трьох років, які належать до групи ризику щодо отримання інвалідності в комплексі послуг. Аналіз інформації щодо потреб осіб (дітей) з інвалідністю та/або дітей віком до трьох років, які належать до групи ризику щодо отримання інвалідності, в комплексі послуг, що проводиться з певною визначеною періодичністю, може здійснюватися шляхом: аналізу документації, наявної у ОТГ; подвірного обходу домогосподарств; аналізу інформації про події й обставини життя місцевої громади, у тому числі шляхом спілкування з населенням тощо. Можливе також поєднання кількох шляхів отримання необхідної інформації.

Створення банку даних про суб'єкти, які надають послуги. У результаті створений банк даних повинен містити мінімально достатній обсяг інформації, що здатен забезпечити задоволення актуальних потреб населення у відповідних послугах. Інформація в ньому повинна охоплювати відомості (місце знаходження, адреса, перелік послуг тощо) щодо суб'єктів, розташованих на території власної та інших



ОТГ, на рівні районів, області, у державі в цілому. Зібрана інформація повинна підтримуватися в актуальному стані, відповідному фактичним потребам громади.

Другий організаційний етап.

Інформаційно-просвітницька та роз'яснювальна діяльність щодо можливостей і умов отримання особами (дітьми) з інвалідністю та/або дітьми віком до трьох років, які належать до групи ризику щодо отримання інвалідності, комплексу послуг. Найбільшої ефективності інформаційно-просвітницька і роз'яснювальна діяльність набуває при одночасному, взаємоузгодженому застосуванні комплексу різноманітних шляхів та форм подачі відповідної інформації.

Формування у громади почуття безпосередньої причетності до вирішення важливих соціальних проблем, спонукання людей до переходу від позиції «очікування допомоги» до самореалізації. З цією метою можливо: залучати найбільш активних представників громади до вирішення різноманітних проблемних питань (наприклад, моніторингу потреб населення, інформаційно-роз'яснювальної діяльності, масових заходів, надання нужденним елементарних видів допомоги тощо); систематично інформувати громаду про розв'язання проблемних питань, що порушуються населенням; застосовувати різноманітні засоби заохочення найбільш активних представників громади, які беруть участь у вирішенні питань соціального захисту населення.

Третій організаційний етап.

Прийом осіб з інвалідністю та/чи їх законних представників із питань, пов'язаних з отриманням необхідних послуг. У рамках діяльності виконавчого комітету ради за принципом «єдиного вікна» прийом фахівцями населення з метою: приймання та опрацювання документів; визначення прав заявника на отримання відповідних послуг та за необхідності, консультування щодо необхідних дій для юридичного оформлення відповідних правових підстав; раціонального визначення суб'єкту або суб'єктів надання послуг та їх доцільної послідовності.

Направлення та/чи сприяння особам (дітям) з інвалідністю та/або дітям віком до трьох років, які належать до групи ризику щодо отримання інвалідності, для отримання послуг. Відповідно до чинної нормативно-правової бази: підготовка і видача заявникам та відправлення суб'єктам передбачених «пакетів» документів для забезпечення отримання послуг, що відповідають нозології отримувача та передбачені Державною типовою програмою реабілітації інвалідів; взаємодія із суб'єктами надання послуг (у разі необхідності) щодо доопрацювання документів, вирішення організаційних питань тощо; представництво інтересів клієнтів в органах влади та самоврядування, установах й організаціях тощо.

Контроль та оцінка якості наданих послуг.

Доцільно здійснювати, перш за все, шляхом встановлення факту отримання (чи неотримання) послуги, направлення на яку надавалося особі (дитині). У разі, коли суб'єкт надання послуг діє на території ОТГ чи на підставі договірних відносин отримує від ОТГ кошти за надані послуги, доцільно передбачувати і вживати заходи щодо визначення якості отриманих послуг.

Четвертий організаційний етап.

У ході здійснення процесу надання комплексу послуг особам (дітям) з інвалідністю та/або дітям віком до трьох років, які належать до групи ризику щодо отримання інвалідності, ВО ОТГ повинен забезпечити: систематичну актуалізацію інформації щодо потреб осіб (дітей) з інвалідністю в отриманні послуг; підтримання в актуальному стані банку даних щодо суб'єктів, які надають послуги; планування видатків, підготовку пропозицій до проектів місцевих програм соціального розвитку громади; підготовку обґрунтувань, на підставі моніторингової інформації, щодо необхідності створення або залучення суб'єктів надання послуг.

Для того, щоб визначитися з необхідністю створення на базі ОТГ або залучення суб'єкту надання комплексу послуг, доцільно, в першу чергу: оцінити, які із необхідних послуг не надаються в межах ОТГ та якій кількості осіб (дітей) вони потрібні; оціночно визначити обсяг необхідних для їх задоволення фінансових, матеріально-технічних та кадрових ресурсів; оцінити наявність можливостей направлення клієнтів для отримання цих послуг до суб'єктів, розташованих за межами ОТГ та обсяг можливих фінансових витрат для забезпечення цього процесу; з'ясувати можливості створення суб'єктів надання послуг шляхом: поєднання ресурсів з іншими ОТГ; соціального замовлення; державних закупівель; державно-приватного партнерства; проведення конкурсів соціальних проектів тощо.

## ВИСНОВКИ

Проведений аналіз динаміки кількості осіб з особливими потребами в Закарпатській області за період 2010–2019 роки показав збільшення кількості осіб з інвалідністю на 27% з їх кількістю 75415 осіб, 6826 дітей з інвалідністю та 2125 дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування. При цьому існуюча в Україні система надання реабілітаційної допомоги, оцінки стану обмеження життєдіяльності, не відповідає міжнародним підходам, а відповідно статистична інформація щодо інвалідності населення не може бути порівняна із міжнародними даними.

Чинна в Україні законодавча база передбачає удосконалення системи соціальної та медичної допомоги особам з особливими потребами для дорослих з формуванням системи надання комп-

лексу послуг відповідно до фактичних потреб населення з максимальним наближенням послуг до місця проживання клієнтів з максимальним використанням можливостей об'єднаних територіальних громад.

Догляд і виховання дітей з особливими потребами повинен здійснюватися в умовах, які наближені до сімейних із забезпеченням умов для проживання (забезпечення харчуванням,

одягом, взуттям, твердим і м'яким інвентарем, ведення домашнього господарства, організація дозвілля тощо), формування та підтримка навичок самообслуговування, побутових навичок, необхідних для організації самостійного життя; виховання та розвиток індивідуальних здібностей, сприяння в отриманні освітніх, медичних, реабілітаційних і соціальних послуг у відповідних закладах.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Ipatov AB, Moroz OM, Golik VA et al. The main indicators of disability and activity of medical and social expert commissions of Ukraine for 2015. *Analitiko-informatsiynyy dovidnyk. Dnipropetrovsk, 2016.*
2. Shevchuk VI, Belyaeva NM, Storozhuk LO et al. The main indicators of medico-social rehabilitation of persons with disabilities in Ukraine for 2017. *Analitiko-informatsiynyy dovidnyk. Vinnytsya, 2018.*
3. Voronenko YV, Hoyda NH, Moiseyenko RO. Modern aspects of development of the system of medical and social services for vulnerable groups of children in Ukraine. *Sovremennaya pedyatryya. 2014; 8 (64): 39–43.*
4. WHO global disability action plan 2014–2021. <http://www.who.int/disabilities/actionplan/en>.
5. Puzin SN, Mametov SS, Shurgaya MA et al. Aspects of rehabilitation and habitation of disabled people at the present stage. *Mediko-sotsialnaya ekspertiza i reabilitatsiya. 2016; 1: 4–7.*
6. World Health Organization, World Bank. *World Disability Report. Geneva: WHO, 2011.* [http://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/report/en](http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report/en).
7. World Health Organization. *Disability and rehabilitation. Medical care and rehabilitation: WHO activities.* URL: <http://www.who.int/disabilities/care/activities/ru>.
8. Furdeya SG (ed.). *Theory of social work. 2nd edition, revised and revised. Rostov, 2006.*
9. Shoshmin AV, Martynova NV, Besstrashnova YK et al. *Fundamentals of rehabilitation resource management. SPb, 2009.*

*Стаття надійшла до редакції 17.04.2020*

DOI: [https://doi.org/10.34287/MMT.2\(45\).2020.12](https://doi.org/10.34287/MMT.2(45).2020.12)

**Н. О. Ляхова**

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія»  
Полтава, Україна

**N. O. Lyakhova**

Higher State Educational Institution of Ukraine «Ukrainian Medical Stomatological Academy»  
Poltava, Ukraine

## АНАЛІЗ ПОКАЗНИКІВ ДІЯЛЬНОСТІ ДИТЯЧОЇ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ СЛУЖБИ ПОЛТАВСЬКОЇ ОБЛАСТІ (2014–2016 РОКИ)

### Analysis of indicators of activity of children's dental service in the Poltava region (2014–2016)

#### Резюме

**Мета дослідження.** Аналіз якісних та кількісних показників діяльності закладів, що надають стоматологічну допомогу дітям Полтавської області за 2014–2016 рр.

**Матеріали та методи.** Обліково-звітна документація закладів охорони здоров'я, що надають стоматологічну допомогу дітям Полтавської області (ф. 039-2/о, ф. 049/о, ф. 20, ф. 17) за 2014–2016 рр., щорічні статистичні звіти Полтавського обласного інформаційно-аналітичного центру медичної статистики за 2014–2016 рр. **Методи:** бібліосемантичний, медико-статистический, методи системного похода та системного аналізу.

**Результати.** Аналіз показників діяльності дитячих стоматологічних закладів показав підвищення навантаження на лікарів через скорочення посад та підвищення кількості відвідувань, погіршення стану стоматологічного здоров'я дітей області, недостатність профілактичної роботи в окремих районах області або недостатню її ефективність.

**Висновки.** Забезпеченість дитячими стоматологами дитячого населення Полтавської області є недостатньою. Зменшення кількості посад дитячих стоматологів приводить до значного підвищення лікувального навантаження на лікарів. В окремих районах області мають місце незадовільні або недостатні показники планової санації та низька активність або неефективність профілактичної роботи з приводу стоматологічних захворювань.

**Ключові слова:** стоматологічна допомога дітям, кількісні та якісні показники.

#### Abstract

**Purpose of the study.** Analysis of qualitative and quantitative indicators of activity of institutions providing dental care for children of Poltava region for 2014–2016.

**Materials and methods.** Accounting and reporting documentation of health care institutions providing dental care to children of Poltava region (f. 039-2/o, f.049/o, f.20, f.17) for 2014–2016, annual statistical reports of the Poltava Regional Analytical Center for Medical Statistics for 2014–2016. **Methods:** biblio-semantic, medico-statistical, methods of system hike and system analysis.

**Results.** Analysis of indicators of children's dental institutions showed an increased workload for doctors due to the reduction in the positions of physicians and increasing the number of visits, deterioration of the dental health of children in the region, lack of preventative work in some areas of the region or lack of effectiveness.

**Conclusions.** The availability of pediatric dentists in the children's population of Poltava Oblast is insufficient. Reducing the number of pediatric dentists leads to a significant increase in physician workload. In some districts of the Poltava oblast, there are poor or insufficient indicators of planned readjustment and low activity or ineffectiveness of preventative work on dental diseases.

**Keywords:** dental care for children, analysis of indicators of activity.

## ВСТУП

Найважливішою метою державної політики в галузі охорони здоров'я на сучасному етапі є поліпшення стану здоров'я дитячого населення, забезпечення доступності медичної допомоги для дітей дошкільного, шкільного віку, підлітків. Вирішення зазначених завдань є можливим при використанні адекватних систем медичного обслуговування населення, однією з яких є стоматологічна служба. Важливість питань збереження та покращення стоматологічного здоров'я дітей та підлітків, які вирішують дитячі стоматологічні лікувальні заклади, обумовила актуальність цього дослідження та визначила його мету.

## МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ

Аналіз якісних та кількісних показників діяльності закладів, що надають стоматологічну допомогу дітям Полтавської області за 2014–2016 рр.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Аналізувалась обліково-звітна документація державних (комунальних) закладів охорони здоров'я, що надають стоматологічну допомогу дітям Полтавської області (ф. 039-2/о, ф. 049/о, ф. 20, ф. 17) за 2014–2016 рр., щорічні статистичні звіти Полтавського обласного інформаційно-аналітичного центру медичної статистики за 2014–2016 рр. Методи: бібліосемантичний, медико-статистический, системного підходу та системного аналізу.

## РЕЗУЛЬТАТИ

Стоматологічна допомога дитячому населенню Полтавської області надається двома стоматологічними поліклініками м. Полтави і м. Кремен-

чука, та лікарями-стоматологами дитячими, які виділені в ЦРЛ [2, 3].

Організованому дитячому населенню (школи, дитячі садочки) допомога надається в стаціонарних кабінетах, які виділені та працюють на базах шкіл з кількістю дітей 800 і більше. Таких кабінетів в області – 55, пересувних – 26.

На 01.01.2017 р. було затверджено 67,25 штатних посад лікарів-стоматологів дитячих, що на 5,5 посади менше, ніж на 01.01.2016 р., із них зайнято 65,25, що на 2,25 посади менше. 61 особа мають спеціалізацію з фаху «Дитяча стоматологія».

Зменшилась кількість затверджених штатних посад за рахунок м. Полтави – 5,25 посади. Не введено штатних посад лікарів-стоматологів дитячих згідно Ф№20 в Карлівському, Кобеляцькому, Котелевському, Кременчуцькому, Машівському, Новосанжарському, Полтавському, Решетилівському, Оржицькому, Хорольському, Чорнухинському, Зіньківському, В. Багачанському районах, Гребінківському і Диканському районах. Отже, із 25 районів області у 15 – не введено посади лікаря-стоматолога дитячого.

Стаціонарна стоматологічна допомога надається на базі Дитячої міської клінічної лікарні Полтави, для чого виділено 6 ліжок. Динаміка середнього числа зайнятості ліжка показує, що в 2014 та в 2015 рр. ліжкового фонду було недостатньо, тоді як в 2016 р. цей показник знизився, що може свідчити про недостатній відбір хворих для стаціонарного лікування, або тим, що в кількість населення до 18 років знизилася. Темп приросту (ТП) цього показника склав –39,4%. Відповідно, ті ж коливання можна відмітити, аналізуючи показник обігу ліжка, ТП якого склав –43,5%. В цілому, ці дані свідчать про зменшення кількості пацієнтів стаціонарної стоматологічної допомоги в 2016 році. Проте термін середнього перебування хворого на ліжку зріс, ТП складає 5,4% (табл. 1).

Таблиця 1

Динаміка показників використання ліжкового фонду для стоматологічних хворих в Полтавській області (2014–2016 рр.)

| Назва показника                      | Рік   |       |       | Темп приросту (%) |
|--------------------------------------|-------|-------|-------|-------------------|
|                                      | 2014  | 2015  | 2016  |                   |
| Середнє число зайнятості ліжка       | 398,2 | 365,5 | 241,5 | –39,4             |
| Середнє перебування хворого на ліжку | 7,4   | 8,2   | 7,8   | +5,4              |
| Обіг ліжка                           | 54,5  | 44,3  | 30,8  | –43,5             |
| Летальність                          | 0     | 0     | 0     | 0                 |

Аналізуючи кількісні показники діяльності стоматологічної служби за 2014–2016 рр., перш за все слід відмітити, що кількість відвідувань на 1 дитину зростає (ТП +5,5%) і набагато перевищує норму (0,89–1,18), що може свідчити про збільшення кількості або складності стоматологічних захворювань у дітей (табл. 2) [1]. Питома вага первинних відвідувань збільши-

лася (ТП +13,99%), а кількість посад дитячих стоматологів зменшилося (ТП –7,45%), що покладає на лікарів додаткове лікувальне навантаження, наприклад, число пломб на 1 робочий день складає в 2016 р. 11,5 (ТП +7,5%) при нормі 7 пломб на 1 робочий день. Середнє число санацій в день на одного лікаря складає 4,4 (ТП +7,3%), при нормі 25 санацій за місяць,

тобто приблизно 1 в день (табл. 2).

Відсоток дітей, що отримали первинну профілактику карієсу від числа оглянутих (гігієнічне навчання та виховання) в 2016 р. 59,3% (ТП +6,1) при нормі 35–45%. Відсоток дітей, що отримали специфічну профілактику карієсу

від числа оглянутих (герметизація фісур, професійне чищення зубів, обробка мінералізуючими розчинами) складає загалом 54,4% в 2016 р. (при нормі 25–30%), хоча герметизація фісур дещо знизилася (ТП –1,4%).

Таблиця 2

**Динаміка кількісних показників діяльності дитячої стоматологічної служби  
Полтавської області (2014–2016 рр.)**

| Назва показника   | Рік    |        |        | Темп приросту (%) |
|---|--------|--------|--------|-------------------|
|   | 2014   | 2015   | 2016   |                   |
| Кількість населення до 18-ти років                            | 238474 | 238091 | 229762 | –3,65             |
| Кількість відвідувань   | 433589 | 432697 | 429684 | –0,9              |
| Кількість відвідувань на 1 дитину                             | 1,8    | 1,8    | 1,9    | +5,55             |
| Первинних   | 207967 | 201636 | 234852 | +12,9             |
| Питома вага первинних відвідувань                             | 47,9%  | 46,5%  | 54,6%  | +13,99            |
| Всього пломб  | 189211 | 189362 | 187818 | –0,73             |
| Зайнято посад дитячих стоматологів                            | 70,5   | 67,5   | 65,25  | –7,5              |
| Середнє число пломб на один робочий. День лікаря-стоматолога  | 10,7   | 11,2   | 11,5   | +7,48             |
| Всього сановано   | 76367  | 75822  | 76546  | +0,23             |
| Середнє число санацій у день на 1 лікаря                      | 4,1    | 4,2    | 4,4    | +7,3              |
| Гігієнічне навчання та виховання                              | 133323 | 137926 | 136204 | +2,16             |
| Гігієнічне навчання та виховання до дитячого населення        | 55,9%  | 57,9%  | 59,3%  | +6,1              |
| Герметизація фісур  | 17345  | 15646  | 16612  | –4,23             |
| Герметизація фісур до дитячого населення                      | 7,3%   | 6,6%   | 7,2%   | –1,4              |
| Професійне чищення зубів                                      | 38897  | 41882  | 39237  | +0,87             |
| Професійне чищення зубів до дитячого населення                | 16,3%  | 17,6%  | 17,0%  | +4,29             |
| Обробка зубів мінералізуючими розчинами                       | 67179  | 67687  | 69084  | +2,84             |
| Обробка зубів мінералізуючими розчинами до дитячого населення | 28,2%  | 28,4%  | 30,0%  | +6,38             |

Доля санованих від загального числа первинних хворих в області становить 32,6%, ТП показника –11,2% (тобто є недостатньою і зменшується). Вищий цей показник в Глобинському районі – 73,5%, Козельщанському – 86,5%; Семенівському – 68,1%; Чорнухинському – 100% і Машівському районі – 124%. Останні дані свідчать про неправильний облік цього показника. Менший цей показник в Оржицькому районі – 21,9%, Кобеляцькому – 29,5%, Шишацькому – 19,0%. (Норма складає 41-56%) [1].

Питома вага дітей, оглянутих в порядку планової санації від кількості дитячого населення по області становить 67,5% (ТП +1,2%). Вищий цей показник в Машівському – 94,3%; по Зіньківському – 99,0% і В. Багачанському – 99,4%, Оржицькому – 91,5%, Шишацькому – 96,6%. Менший цей показник в Глобинському районі – 32,5%, Полтавському – 34,3%, Гребінківському – 29,5%. Тобто значна частина дітей в області залишається на протязі року не оглянутими планово, а стоматологічну допомогу одержують лише при зверненні. (Норма складає 20-32% і більше) [1].

Відсоток потребуючих санації від числа планово оглянутих становить по області 34,4% в 2016 р. (ТП +1,2%). Вищий від середньообласного в Карлівському районі – 70,2%; Семенівському – 54,9%, Чорнухинському – 79,3%, Машівському – 56,0%. Менший цей показник по м. Полтаві – 25,5%, м. Кременчуку – 26,9%, Диканському – 26,3%, Шишацькому – 27,1%, Лохвицькому – 28,3%. (Норма 55–70% і менше) [1].

Відсоток санованих від потребуючих санації по області 82,7% (ТП – 0,7%). Вищий в Зіньківському районі – 94,0%; Багачанському – 88,1%; м. Полтаві – 97,6%; Лохвицькому – 88,1%. Нижчий цей показник в Оржицькому районі – 50,5%; Полтавському – 62,8%; Кобеляцькому – 62,2%; Хорольському – 64,1%. (Норма складає: 71-79% і більше) [1].

Показник «Співвідношення вилікуваних зубів з неускладненим карієсом до ускладненого» становить 9,0:1 (ТП – 1,1%). Високий цей показник в Ново-Санжарському районі – 24,5:1; Чутівському – 24,6:1; Кременчуцькому – 27,9:1; Диканському району – 75,5:1, Полтава – 26:1.

Низький цей показник в Чорнухинському районі – 1,6:1, Глобинському – 2,7:1, Гребінківському – 3,0:1, Пирятинському – 3,1:1.

В цих районах кожний 3–4 зуб лікується з ускладненим карієсом, а це говорить про те, що на недостатньому рівні проводиться профілактична робота. (Норма 2,5:1 – 3,0:1).

Показник «Питома вага санованих від всього дитячого населення» – 33,3% (ТП +4,1%). Вищий цей показник в Чорнухинському районі – 50,7%, Козельщанському – 57,3%, Семенівському – 66,8%. Нижчий цей показник по Гребінківському району – 16,3%, Оржицькому – 17,9%, Шишацькому – 18,5%, Полтавському – 18,9%.

Співвідношення вилікуваних зубів до видале-

них по області складає 162,4:1 (2015 р. – 143,3:1), збільшився на 19,1. Вищий цей показник в м. Полтаві – 475,7:1; Чутівському районі – 426,7:1; Миргородському – 3029:1, Н. Санжарському – 459,3:1, Полтавському – 1038:1. Нижчий цей показник в Решетилівському районі – 34,6:1, Карлівському – 43,8:1, Пирятинському – 110,6:1, Машівському – 23,9:1, Чорнухинському – 29,5:1, Гребінківському – 33,3:1. (Норма 3,0–3,5 : 1).

Число відвідувань на 1 санацію по Полтавській області складає в 2016 р. 5,6 (ТП –1,75), що перевищує норму (3–4 відвідування на 1 санацію) та може свідчити про незадовільний стан стоматологічного здоров'я дітей (табл. 3) [1].

Таблиця 3

### Якісні показники дитячої стоматологічної служби Полтавської області (2014–2016 рр.)

| Назва показника   | Рік     |         |         | Темп приросту (%) |
|---|---------|---------|---------|-------------------|
|   | 2014    | 2015    | 2016    |                   |
| Санованих від первинних (%)   | 36,7    | 37,6    | 32,6    | -11,2             |
| Потребуючих санації від планово оглянутих (%)                             | 34,0    | 34,3    | 34,4    | +1,2              |
| Санованих від потребуєчих санації (%)                                     | 83,3    | 84,9    | 82,7    | -0,72             |
| Співвідношення вилікуваних зубів з неускладненим карієсом до ускладненого | 9,1:1   | 9,1:1   | 9,0:1   | -1,1              |
| Питома вага вилікуваних зубів з ускладненим карієсом в 1 відвідування     | 0,7%    | 0,8%    | 0,6%    | -14,29            |
| Співвідношення вилікуваних зубів до видалених                             | 153,5:1 | 143,3:1 | 162,4:1 | +12               |
| Видалено зубів постійних всього   | 1125    | 1397    | 1257    | +11,73            |
| - з приводу ускладненого карієсу  | 516     | 527     | 444     | -13,95            |
| - з ортодонтичною метою   | 609     | 870     | 813     | +33,5             |
| Число відвідувань на одну пломбу  | 2,3     | 2,3     | 2,3     | 0                 |
| Число відвідувань на одну санацію   | 5,7     | 5,7     | 5,6     | -1,75             |
| Санованих від дитячого населення (%)                                      | 32,0    | 31,8    | 33,3    | +4,1              |
| Дітей, оглянутих в порядку планової санації до населення (%)              | 66,7    | 64,4    | 67,5    | +1,2              |

### ВИСНОВКИ

1. Забезпеченість дитячими стоматологами дитячого населення Полтавської області є недостатньою (із 25 районів у 15 – не введено посади лікаря-стоматолога дитячого).

2. Зменшення кількості посад дитячих стоматологів при збільшенні кількості питомої ваги первинних відвідувань приводить до значного підвищення лікувального навантаження на лікарів, про що свідчить перевищення порівняно із нормативними окремими показниками: кількість

відвідувань на 1 дитину зростає; число plomb на 1 робочий день; середнє число санацій в день на одного лікаря. При цьому показники профілактичної роботи, яка проводиться лікарями, підвищилася, що свідчить про додаткове навантаження.

3. Аналіз показників планової санації та лікувальної роботи закладів в окремих районах області свідчать про високу стоматологічну захворюваність серед дітей, низьку активність або неефективність профілактичної роботи з приводу карієсу, що теж може мати місце через недостатнє кадрове забезпечення.

### ЛІТЕРАТУРА

1. Bardov VG. Fundamentals of dental activity (organizational, legal, hygienic, deontological). Kyiv, 2011.

2. Department of Statistics in the Poltava region. <http://www.pl.ukrstat.gov.ua/>.

3. Poltava Regional Information and Analytical Center of Medical Statistics of the Poltava Regional Council. <http://oiacms.poltava.ua/%d0%bc%d0%b5%d1%80%d0%b5%d0%b6%d0%b0-%d0%b7%d0%b0%0%ba%d0%bb%d0%b0%d0%b4%d1%96%d0%b2/>.

Стаття надійшла до редакції 30.04.2020

DOI: [https://doi.org/10.34287/MMT.2\(45\).2020.13](https://doi.org/10.34287/MMT.2(45).2020.13)**I. В. Сергета<sup>1</sup>, О. В. Тимошук<sup>2</sup>**<sup>1</sup>Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова  
Вінниця, Україна<sup>2</sup>Вищий державний навчальний заклад «Івано-Франківський національний медичний університет»  
Івано-Франківськ, Україна**I. V. Sergeta<sup>1</sup>, O. V. Timoshchuk<sup>2</sup>**<sup>1</sup>National Pirogov Memorial Medical University  
Vinnytsya, Ukraine<sup>2</sup>Ivano-Frankivsk National Medical University  
Ivano-Frankivsk, Ukraine

## СТУПІНЬ ЕФЕКТИВНОСТІ ДІЇ ПРОГРАМИ ПСИХОГІГІЄНИЧНОЇ КОРЕКЦІЇ ПРОЦЕСІВ ФОРМУВАННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ОСОБИСТОСТІ ТА ПОКРАЩЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ЮНАКІВ І ДІВЧАТ НА ПРОВІДНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ АДАПТАЦІЙНИХ МОЖЛИВОСТЕЙ ЇХ ОРГАНІЗМУ

The degree of effectiveness of the program psychohygienic correction process of formation of personality and improve the quality life of boys and girls at the leading characteristics adaptive capabilities of the organism

### Резюме

**Мета роботи.** Визначити ступінь ефективності дії програми психогігієнічної корекції процесів формування особливостей особистості та покращення якості життя юнаків і дівчат на провідні характеристики адаптаційних можливостей організму та фактори ризику щодо виникнення їх негативних змін.

**Матеріали та методи.** В ході проведених досліджень розроблена програма психогігієнічної корекції процесів формування особливостей особистості та покращення якості життя учнів і студентів. Для оцінки ступеня ефективності її застосування використовувались психодіагностичні і медико-соціологічні методи та методи статистичного аналізу.

**Результати.** Дані щодо вивчення особливостей змін з боку показників тривожнісно-невротичного, нервово-психічного і характерологічно-мотиваційного компонентів оцінки особливостей особистості учнів, а також характеристик їх якості життя підкреслювали виражений позитивний вплив розробленої про-

### Abstract

**Purporose of the study.** To determine the degree of effectiveness of the program of psychohygienic correction of the processes of personality formation and improving the quality of life of boys and girls on the leading characteristics of the body's adaptive capacity and risk factors for their negative changes.

**Materials and methods.** In the course of the conducted researches the program of psychohygienic correction of processes of formation of features of the person and improvement of quality of life of pupils and students is developed. Psychodiagnostic and medico-sociological methods and methods of statistical analysis were used to assess the degree of effectiveness of its application.

**Results.** Data on the study of changes in the indicators of anxiety-neurotic, neuropsychological and characterological-motivational components of assessing the personality of students, as well as the characteristics of their quality of life emphasized the pronounced positive impact of the program of psychohygienic correction of personality development and improving the quality of life of

грами психогігієнічної корекції процесів формування особливостей особистості та покращення якості життя учнів і студентів на процеси формування показників функціонального стану та адаптаційних ресурсів їх організму.

**Висновок.** В ході проведених досліджень визначений вагомий позитивний ступінь ефективності програми психогігієнічної корекції процесів формування особливостей особистості та покращення якості життя учнів та студентів на провідні характеристики адаптаційних можливостей організму, показники особливостей особистості, психічного стану та якості життя юнаків і дівчат, які навчаються.

**Ключові слова:** адаптаційні можливості, особливості особистості, якість життя, учні, психогігієнічна корекція.

students. on the processes of formation of indicators of functional state and adaptive resources of their organism.

**Conclusion.** In the course of research, a significant positive degree of effectiveness of the program of psychohygienic correction of personality development processes and improving the quality of life of pupils and students on the leading characteristics of the body's adaptive capacity, indicators of personality, mental state and quality of life of boys and girls.

**Keywords:** adaptive capabilities, personality features, quality of life, students, psychohygienic correction.

## ВСТУП

Поглиблене вивчення проблем щодо формування показників психофізіологічних функцій, особливостей особистості та покращення якості життя є одним із найпріоритетних питань сучасної профілактичної медицини, в тому числі і в контексті здійснення ефективної профілактики впливу різноманітних факторів ризику [1–3]. Дослідження подібного змісту і передусім, визначення ступеня поширення негативних психічних станів набуває особливої актуальності у підлітковому та юнацькому віці, тобто у час, коли відбувається активний процес становлення особистості, її світоглядних особливостей, формування бачення майбутнього та вибір власного місця у суспільстві [4, 5].

## МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ

Визначити ступінь ефективності дії програми психогігієнічної корекції процесів формування особливостей особистості та покращення якості життя юнаків і дівчат на провідні характеристики адаптаційних можливостей організму і фактори ризику щодо виникнення їх негативних змін.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

В ході досліджень, які були проведені, розроблена програма психогігієнічної корекції процесів формування особливостей особистості та покращення якості життя учнів і студентів, що передбачає визначення рівня розвитку певних психофізіологічних функцій, особливостей особистості і характеристик якості життя індивідуально у кожній досліджуваній особі (етап психодіагностики та гігієнічної оцінки рівня розвитку особливостей особистості), виконання вправ ізометричної гімнастики,

дихальної гімнастики та заняття вправами несиметричної гімнастики (етап фізичного впливу), застосування психофізіологічного компоненту програми (етап психофізіологічного впливу) та використання психогігієнічного компоненту програми (етап психогігієнічної корекції).

Для оцінки ефективності впровадження запропонованого підходу учні школи були поділені на 2 групи порівняння – групу контролю (30 юнаків і 30 дівчат, що перебували в умовах звичайного, цілком традиційного, підходу до організації навчальної діяльності) та групу втручання (30 юнаків і 30 дівчат, що перебували в умовах впливу розробленої програми).

Характеристики особливостей особистості визначались на основі застосування психодіагностичних досліджень (особистісні опитувальники Айзенка, Спілбергера, Шмішека, Баса-Даркі, тощо). Показники якості життя вивчались на підставі використання неспецифічного опитувальника SF-36, що передбачав визначення її характеристик за шкалами General Health (GH, шкала загального здоров'я), Physical Functioning (PF, шкала фізичного функціонування), Role-Physical (RP, шкала ступеня впливу фізичного стану на особливості рольового функціонування), Role-Emotional (RE, шкала ступеня впливу емоційного стану на особливості рольового функціонування), Social Functioning (SF, шкала соціального функціонування), Bodily Pain (BP, шкала інтенсивності больових відчуттів), Vitality (VT, шкала рівня вираження показників життєздатності), а також Mental Health (MH, шкала психічного здоров'я).

Аналіз одержаних результатів здійснювався із використанням методів описової статистики та процедур кореляційного і кластерного аналізу на підставі застосування стандартизованого пакету прикладних програм багатовимірного статистичного аналізу «STATISTICA v. 6.1» (ліцензійний № BXXR901E245722FA).



## РЕЗУЛЬТАТИ

В ході досліджень особливостей змін з боку показників тривожно-невротичного компоненту оцінки особливостей особистості учнів слід звернути увагу на наявність позитивного ефекту впливу розробленої програми психогігієнічної корекції процесів формування особливостей особистості та покращення якості життя учнів і студентів на процеси їх формування. Так, у представників групи втручання і у юнаків, і у дівчат на заключному етапі впровадження програми спостерігалися зміни позитивного характеру та значні міжгрупові відмінності в структурі показників нейротизму ( $p < 0,05$ ), ситуативної ( $p < 0,001$ ) і особистісної ( $p < 0,01$ ) тривожності.

У процесі вивчення змін з боку показників нервово-психічного компоненту оцінки особливостей особистості також необхідно звернути увагу на наявність ознак вираженого позитивного впливу розробленої та впровадженої програми психогігієнічної корекції процесів формування особливостей особистості та покращення якості життя учнів і студентів, які реєструвались. У цьому контексті необхідно відзначити той факт, що найвищі значення показників позитивного змісту і у юнаків, і у дівчат були зафіксовані в процесі оцінки особливостей астеничного ( $p < 0,01$ ) і депресивного ( $p < 0,01-0,001$ ) станів та роздратованості ( $p < 0,01$ ). Крім того, суттєві міжгрупові відмінності були притаманні для характеристик вербальної агресії ( $p < 0,05$ ) і негативізму ( $p < 0,05$ ) серед юнаків та фізичної ( $p < 0,05$ ) і непрямой ( $p < 0,05$ ) агресії серед дівчат.

В ході дослідження змін з боку показників характерологічно-мотиваційного компоненту оцінки особливостей особистості школярів,

також слід було звернути увагу на позитивний вплив запропонованої програми. Так, і у юнаків, і у дівчат на заключному етапі її реалізації відзначались суттєві статистично-значущі відмінності у групах порівняння. Передусім зміни зазначеного змісту стосувались показників формування акцентуацій характеру за збудливим ( $p < 0,05-0,001$ ), тривожним ( $p < 0,05-0,01$ ) і дистимним ( $p < 0,05$ ) типами та показників рівня суб'єктивного контролю у галузі навчальних відносин і здоров'я та хвороби ( $p < 0,05-0,001$ ).

Зрештою, під час оцінки змін з боку провідних показників якості життя учнівської молоді слід звернути увагу на наявність ознак суттєвого сприятливого впливу розробленої та впровадженої програми психогігієнічної корекції процесів формування особливостей особистості та покращення якості життя учнів і студентів, які спостерігалися. Причому необхідно відзначити той факт що найвищі значення показників позитивного характеру були зафіксовані і серед юнаків, і серед дівчат у процесі оцінки особливостей якості життя за шкалою Social Functioning (SF, шкала соціального функціонування) ( $p < 0,05-0,001$ ) та шкалою Mental Health (МН, шкала психічного здоров'я) ( $p < 0,05-0,001$ ).

## ВИСНОВКИ

В ході проведених досліджень визначений вагомий позитивний ступінь ефективності програми психогігієнічної корекції процесів формування особливостей особистості та покращення якості життя учнів та студентів на провідні характеристики адаптаційних можливостей організму, показники особливості особистості, психічного стану та якості життя юнаків і дівчат, які навчаються.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Alekseeva EA. Assessment of quality of life and lifestyle of Pskov high school students. Moscow, 2012: 48–50.
2. Biletska EM, Shudro SA. The role of social-hygienic factors and learning conditions in the formation of somatic and mental health of adolescents of high school. Leningrad, 2012: 175–177.
3. Goncharuk EG, Bardov VG, Serheta IV, Omelchuk ST. Comprehensive health assessment of children and adolescents as a hygienic problem: methodological and applied aspects. Zhurnal Akademiyi medychnykh nauk Ukrainy. 2003; 9 (3): 523–541.
4. Moroz VM, Gunas IV, Serheta IV. Dermatoglyphic and psychophysiological features of practically healthy adolescents of Podolsk region of Ukraine. Vestnik Sibirskoy Meditsiny. 2008; 4: 37–45.
5. Serheta IV, Bratkova OJ, Mostova OP et al. Scientific principles of psychohygienic diagnosis of health status of children, adolescents and young people. Zdorovye i okruzhayushchaya sreda. 2012; 4 (64): 21–25.

Стаття надійшла до редакції 06.05.2020

DOI: [https://doi.org/10.34287/MMT.2\(45\).2020.14](https://doi.org/10.34287/MMT.2(45).2020.14)**З. В. Лашкул, В. В. Чемирисов, В. Л. Курочка***Державний заклад «Запорізька медична академія післядипломної освіти Міністерства охорони здоров'я України»  
Запоріжжя, Україна***Z. V. Lashkul, V. V. Chemirisov, V. L. Kurochka***State Institution «Zaporizhia Medical Academy of post-graduate education Ministry of Health of Ukraine»  
Zaporizhzhia, Ukraine*

## ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ НАДАННЯ ЯКІСНОЇ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ЕКСПЕРТНОЇ ДОПОМОГИ

### Psychological aspects of providing quality medico-social expert assistance

#### Резюме

Предметом деонтології являються принципи повинного не тільки у відношенні до окремої особи але і у відношенні до суспільства. Об'єктом деонтології у МСЕ в першу чергу являється особа лікаря-експерта, особливості його скерованості, мотиваційні сфери, його цінності, ідеали, а також взаємовідношення лікаря з хворим.

**Ключові слова:** деонтологія, медико-соціальна експертиза, етика, інвалідність.

#### Abstract

The subject of deontology is the principles of not only in relation to the individual but also in relation to society. The object of Deontology in medical and social examination is first and foremost the personality of the expert physician, the peculiarities of his/her orientation, motivational spheres, his/her values, ideals, as well as the doctor's relationship with the patient.

**Keywords:** deontology, medical and social expertise, ethics, disability.

#### ВСТУП

Будь-яка реформа в охороні здоров'я повинна мати на меті безперервне поліпшення якості медико-соціальної допомоги (ЯМСД) і підвищення її ефективності. Питання якості та ефективності медико-соціальної допомоги (МСД) мають істотне значення для охорони здоров'я населення України.

Нестійка економічна ситуація, екологічна криза призвели до масового погіршення стану здоров'я на всій території України [1].

Протягом останніх років в Україні загострилася проблема захисту прав суб'єктів (лікаря і хворого) в системі охорони здоров'я. Все частіше доводиться стикатися зі скаргами пацієнтів на рівень медичного обслуговування, що вимагає адекватної оцінки ЯМСД.

ЯМСД можна охарактеризувати як порядок її надання відповідно до сучасних досягнень науки, вимогами чинного законодавства та прийнятих морально-етичними нормами, мета якого – досягнення максимального результату з мінімальним ступенем ризику для хворого і оптимальним використанням матеріальних ресурсів.

При оцінці якості будь-яких послуг, в тому числі медичних, розглядаються дві характеристики: а) якість виконання; б) якість відповідності. Перша відображає ступінь задоволення запитів пацієнта. Її не завжди можна забезпечити, тому що вимоги хворого завжди завищені, а можливості лікаря завжди мають обмежену свободу. Друга, – ступінь відповідності прийнятим стандартам, – може і повинна бути забезпечена в більшості випадків. Саме якість відповідності має оцінюватися при проведенні експертизи ЯМСД.

В даний час існує різне розуміння стандартів медико-соціальної допомоги з юридичної та медичної точки зору. З правової позиції стандарт можна охарактеризувати як «нормативно-правовий акт, прийнятий на підставі науково обґрунтованих висновків спеціалізованих установ, який визначає гарантований державою обсяг лікувально-діагностичних і профілактичних технологій, послідовність їх виконання і результати лікування на всіх етапах». В такому розумінні стандарти ЯМСД є обов'язковими на всій території України, а їх недотримання – підставою для юридичної відповідальності.

Внаслідок цього, при розгляді спорів між лікувально-профілактичним закладом і пацієнтом, фактично не існує критеріїв оцінки якості відповідності медико-соціальної допомоги. Якщо рішення таких суперечок буде переведено з медичного на правовий рівень, що неминуче в умовах страхової медицини, довести правомірність дій медичних працівників у тій чи іншій ситуації буде дуже складно.

Також, законодавчими актами України визначено основні засади створення правових, соціально-економічних, організаційних умов для усунення або компенсації обмежень життєдіяльності викликаних порушенням здоров'я зі стійким розладом функцій організму, з метою досягнення фізичного, психічного, соціального благополуччя, сприяння особам з інвалідністю у досягненні соціальної та матеріальної незалежності. Відповідно до цих актів – створена система медичних, психологічних, педагогічних, фізичних професійних заходів спрямованих на надання ЯМСД в усуненні обмежень життєдіяльності хворих для досягнення і підтримки матеріальної незалежності та інтеграції в суспільство.

Від ЯМСД здебільшого залежить зниження показників захворюваності та смертності населення. Вірно організована медико-соціальна експертиза дає виражений, профілактичний ефект.

В Україні набутий великий досвід роботи по медико-соціальній експертизі та профілактиці тимчасової та стійкої втрати працездатності. Однак, в останні роки сталися суттєві зміни в законодавстві про охорону здоров'я, які обумовили нові основи медико-соціальної експертизи.

Не дивлячись на велику значимість ЯМСД в роботі лікаря, увага, яка їй приділяється в медичних інститутах, недостатня. Це призводить до того, що в своїй роботі лікарі допускають значну кількість помилок.

Для правильного вирішення питань медико-соціальної експертизи, поряд з достатнім клінічним досвідом і знаннями медико-соціальної експертизи, лікарю-експерту необхідно знати основи психології й деонтології.

Питання деонтології в практиці медико-соціальної експертизи залишаються дотепер недостатньо розробленими. Тим часом, дефекти в дотриманні деонтологічних вимог істотно впливають на якість медико-експертної роботи, породжують скарги хворих; знижують ефективність профілактичної та реабілітаційної спрямованості медико-експертної роботи.

Роздуми про те, якими повинні бути етика, мораль і людські стосунки в сьогоdnішній Україні, певною мірою знаходять відображення у різних навчальних посібниках, підручниках та спеціальних працях, присвячених цій проблемі [2].

З роками місце і роль моралі і етичного виховання у відносинах між людьми і в суспіль-

стві зростають і ускладнюються. А це потребує постійного етичного удосконалення персоналу на підставі свідомого, добровільного і безкорисливого особистого вибору, постійного обговорення проблем, які виникають у етичних відносинах, постійного уточнення і нагадування сутності етичних правил на відповідь мінливості зовнішнього середовища, його викликів і постійного розвитку медичної науки і практики. Світова громадськість завжди надавала великого значення морально-етичному фактору в медицині. В теперішній час вважається, що ЯМСД повноцінна тоді, коли медичний персонал додержується усіх етичних норм і правил, а не тільки правильно і адекватно використовує лікувально-діагностичну технологію. Видатні представники медичної професії завжди наголошували на гуманній сутності медицини, вимагали милосердя, чесного й самовідданого виконання медиками своїх професійних обов'язків згідно з покликанням і сумлінням [3].

Виходячи з принципів гуманізму та милосердя, Декларацій Всесвітньої медичної асоціації та законодавства України про права громадян на якісну та доступну охорону здоров'я, декларуючи провідну роль лікарів в системі охорони здоров'я, керуючись Клятвою лікаря України, враховуючи особливий характер взаємовідносин лікаря та пацієнта і необхідність доповнення механізмів правового регулювання цих взаємовідносин нормами медичної етики і деонтології, а також моральну відповідальність лікаря перед медичною спільнотою та суспільством за свою професійну діяльність, в Україні на Всеукраїнському з'їзді лікарських організацій та X-му з'їзді Всеукраїнського лікарського товариства (ВУЛТ) в Євпаторії 27 вересня 2009 року прийнято та підписано Етичний кодекс українського лікаря [4]. Головними фундаментальними цінностями, названими в Кодексі, є життя та здоров'я людини. Діяльність лікаря спрямована на їх збереження від моменту зачаття та вимагає від нього гуманного ставлення до людини, поваги до її особистості, співчуття та співучасті, доброзичливості, благодушності та милосердя, терплячості, взаємодовіри, порядності та справедливості. Дотримання норм і принципів, прописаних у Кодексі, сприятиме налагодженню конструктивного діалогу між лікарем та пацієнтом. Прийняття Кодексу дає можливість зрозуміти, що професія лікаря залишається тим моральним орієнтиром, який сприятиме підвищенню довіри суспільства до лікаря. Якою б актуальною не була сьогодні проблема прискореного розвитку медичної науки і впровадження її досягнень у практику охорони здоров'я, розширення й укріплення матеріальної бази лікувальних закладів, оснащення їх новітньою технікою і апаратурою, і надалі продовжує мати важливе значення питання про моральні якості медичного працівника, його ставлення до свого фахового обов'язку й професійної підготовки [5].

Роздуми про те, якими повинні бути етика, мораль і людські стосунки в сьогоdnшній Україні, певною мірою знаходять відображення у різних навчальних посібниках, підручниках та спеціальних працях, присвячених цій проблемі [2].

Етика – дисципліна, заснована на діяльності філософської думки, тоді як мораль пов'язана з конкретною людською практикою, коли під «моральністю» розуміють сукупність дій, що відповідають встановленим нормам етики. «Золотим стандартом» етики є вимога чинити з іншими так, як тобі хотілося б, щоб інші чинили з тобою. Найголовніший моральний принцип: роби добро та прагни добра й уникай зла. Дотримання природного морального закону та норм, які з ним пов'язані, дає можливість максимально реалізувати потенційні можливості людини та мету життя в усій її повноті [6].

Деонтологія – це галузь пізнання про обов'язок, моральні зобов'язаності та професійної етики спеціаліста. Лікарська та медична деонтологія – це вчення про борг лікаря не тільки перед хворим, але і перед народом. Предметом цього вчення являються принципи повинного не тільки у відношенні до окремої особи, але і у відношенні до суспільства. Ця наука про високий борг медиків і в той же час ця наука про те, яким повинен бути моральний, етичний та інтелектуальний лик медиків.

Об'єктом деонтології у МСЕ в першу чергу являється особа лікаря-експерта, особливості його скерованості, мотиваційні сфери, його цінності, ідеали, а також взаємовідношення лікаря з хворим.

Аналіз письмових звернень громадян за останні 10 років виявив, що 90% скарг хворих пов'язані з їх незгодою з рішенням МСЕК про встановлення або не встановлення групи інвалідності; інші скаржилися на неухвалюване або грубе ставлення до них лікарів.

Для аналізу використано літературні джерела з етики та деонтології, психології, а також результати досліджень, які проводилися як авторами, так й іншими спеціалістами з цих проблем. Висока моральна та психологічна культура спілкування – запорука життєздатності суспільства і життєтворчості людини [7].

Метою деонтології в області МСЕ є така організація діяльності лікарів-експертів, що дозволяє поліпшити медико-експертну роботу (як у змісті якості, обґрунтованості експертних рішень, так і відносно заходів по соціально-трудої реабілітації хворих). Завдання деонтології в області МСЕ полягають у навчанні лікарів та інших медичних працівників професійному підходу до хворого, створенню оптимального особистісного контакту з ним. В лікувальних установах, де хворий шукає допомоги лікаря, а в лікаря лише одне завдання – якісно лікувати свого пацієнта.

В експертній же ситуації відносини лікаря

і хворого не настільки прості та ясні. З одного боку, хворий все-таки чекає своєрідної допомоги від лікаря-експерта у вигляді визначення групи інвалідності, що спричинить матеріальне вираження, але в той же час він побоюється, що його очікування даремні. З іншого боку, лікар-експерт повинен і готовий об'єктивно оцінити життєдіяльність хворого, сприймати його як хворого, що страждає, але майже завжди, особливо у випадках з неясною симптоматикою, ураховує можливість настановного поведіння хворого, не схильний у цілому оцінювати хворого, бачити в ньому страждаючу особистість, а не просто носія хвороби.

У ряді випадків деякі психологічні моменти лікаря схильні трактувати суб'єктивно, виходячи зі своїх особистісних якостей, установок, позицій, тобто деонтологічні принципи медико-експертної роботи порушуються внаслідок недостатньо чітко-го професійного відношення до хворого.

Лікар не має права свідомо перебільшувати чи занижувати оцінку тяжкості захворювання з метою отримання пацієнтом соціального захисту і матеріальної підтримки, що не відповідають реальному стану його здоров'я [4].

Експертне рішення базується на відповідних додаткових інструктивних документах, дотримувати які лікар-експерт зобов'язаний у всіх випадках без винятку. Однак це не дає права лікареві формалізувати свою роботу до ступеня механічного, бездушного фіксування тих або інших пунктів, параграфів інструкції. Тим часом, квапливе, формальне, знеособлене відношення до інваліда може стати причиною психогенних реакцій, декомпенсації основного захворювання.

До порушень деонтологічних принципів роботи в сфері МСЕ ставляться також схильність лікаря-експерта в деяких випадках бачити елементи установочної поведінки, у скаргах – прояв сутяжного поведіння. Тим часом, психологічно закономірно неусвідомлене прагнення хворого показати свою хворобу у всіх її дрібних проявах, зробити її очевидною для всіх, довести, що він дійсно важко хворий.

Варто вважати непорушним тези, що лікар не має професійного права ображати хворого, засуджувати його. Навіть у випадках явної симуляції професійно правильно буде направити хворого на дообстеження та забезпечити вірогідність його результатів. І вже потім, використовуючи об'єктивні показники стану здоров'я хворого, лікар-експерт має довести необґрунтованість його домагань.

У всіх випадках лікар не може відступати від принципу професійної оцінки стану та поведінки освідчуваного, користуватись вільними життєвими аргументами, порушати права освідчуваного, зневажаючи клінічними, соціальними та психологічними критеріями оцінки їх життєдіяльності.

До деонтологічних помилок відносяться також недостатня професійна оцінка особи освідуваного, його психологічних особливостей.

При проведенні медико-соціальної експертизи лікарям-експертам необхідно враховувати деякі особливості психології хворих направленні їх на МСЕК.

Відволікаючись від типу особистості, у цілому всім хворим властиві деякі загальні риси. Найчастіше це особи, які мають виражені порушення функціонального стану організму. До моменту напрямку на МСЕК значно зменшуються надії хворих не тільки на видужання, але й на істотне поліпшення свого стану, що зменшує активність хворих відносно лікування. Вольовий компонент внутрішньої картини хвороби, як правило, нестабільний, тому що спрямованість і характер механізмів психологічного захисту ще не визначилися й багато в чому залежить від результатів огляду.

Лікар зобов'язаний правильно оцінити наявні у хворого тенденції та сприяти зміцненню і реалізації оптимальних, адекватних механізмів.

Багато хворих в умовах виробництва проявляють себе по стеничному типі реакції, тобто прагнуть зберегти свій соціально-психологічний статус, однак, у родині в них переважають поведінкові реакції по астеничному, пасивному типі. Вони відмовляються виконувати будь-яку домашню роботу, прагнуть піти від сімейних проблем і труднощів, ухиляються від виховання дітей і таке інше.

Зупинимося тепер на психологічних аспектах визнання людини особою з інвалідністю, тому що у медико-соціальної експертизи питання психологічного впливу на особистість, факту встановлення групи інвалідності освітлені недостатньо.

Визначення інвалідності – юридичний акт, в процесі якого здійснюється контакт двох державних систем: охорони здоров'я та соціального забезпечення. Порядок проведення МСЕ в нашій країні регламентований державою. Лікар експерт в своїй роботі повинен користуватися директивними документами та інструктивними установками. В них закріплені права та обов'язки громадян і органів медико-соціальної експертизи (МСЕ), її задачі, структура органів експертизи життєдіяльності та організація їх роботи, порядок проведення МСЕ, взаємодія органів експертизи з іншими державними органами.

Соціально-психологічні проблеми людей з інвалідністю турбують сьогодні все прогресивне людство.

Особі з інвалідністю можуть бути компетентними і некомпетентними щодо свого захворювання. Завдання лікаря – пристосувати пацієнта до умов інвалідності, а не залишити прикованим тільки до свого ліжка або кімнати [8].

Із психологічної точки зору у встановленні групи інвалідності можна виділити як негативну, так і позитивну сторони проблеми. Незважаючи

на те, що негативна сторона інвалідності загальновідома, представляється необхідним конкретизувати деякі положення.

Первинне встановлення групи інвалідності психологічно для хворого пов'язане з тим, що надія на швидке й повне видужання значно зменшується, а іноді й зникає повністю, природно, що в цьому випадку знову підсилюються тривога й занепокоєння за стан здоров'я й своє майбутнє, тому що втрата працездатності по суті означає, що сучасна медицина «розписується» у своєму безсиллі на даному етапі ліквідувати хворобу або її наслідки.

Одночасно з боку лікарів найчастіше слабшає інтерес до хворого; іноді після встановлення групи інвалідності обсяг проведеної терапії та реабілітаційних заходів також істотно зменшується. На жаль, у ряді випадків хворий стає «нецікавим» керівникам підприємства, на якому він колись працював, профспілкової організації, товаришам по роботі, тому що хворий іноді вважається «безперспективною» людиною. У періоди між повторними оглядами лікар також не завжди приділяє достатню увагу лікуванню хворого, особливо якщо він повністю непрацездатний.

Таким чином, визначення групи інвалідності є своєрідним психологічним рубежем не тільки для хворого, але і для лікаря. Тим більше неприпустимо, щоб у МСЕК повторні огляди носили формальний характер.

Факт визнання хворого особою з інвалідністю часто сприяє формуванню психічної декомпенсації та психологічної капітуляції перед хворобою.

Інвалідність, змінюючи роль людини в суспільстві та підкреслюючи факт наявного важкого захворювання, його наслідків або дефекту, часом змушує людини інакше оцінювати своє місце у світі, свою значимість і пропоновані їм суспільству вимоги.

При наявності деяких ситуаційних моментів (професійне захворювання, трудове каліцтво) легко виникає рента поведінка. Установка на працю буває або невизначена, або негативна. Крім особистих характеристик, мають відповідне значення стать та вік хворих. Так, зниження направленості на працю частіше відмічається у жінок та осіб передпенсійного віку. Експертне рішення у таких випадках при врахуванні медичних критеріїв в загальному повинно сприяти редукції цього механізму захисту і заміни його механізмом компенсації. Реалізація реабілітаційних програм у таких хворих не терпить відкладення, але потребує проведення психокорекційної роботи.

Як правило, покарання хворого за пасивність, засудження негативної або невизначеної установки на працю визиває протестну реакцію і повинно розглядатися як порушення принципів деонтології. Лікарю експерту необхідно прояви-

ти настирливість, коректність, тактичність, але обов'язково провести весь необхідний комплекс заходів по соціально-трудовій реабілітації цієї групи хворих на протязі першого року інвалідності по скільки в подальшому у них закріплюється рентна установка, а можливості реабілітації зменшуються.

Члени експертних комісій повинні широко використовувати метод психотерапії та психопрофілактики під час засідань МСЕК. Необхідно більш розмовляти з хворим, роз'яснювати лікувальні властивості трудотерапії, пробуджувати хворого до трудової діяльності, вияснити причини, завдяки яким хворий ухиляється від працевлаштування.

МСЕК повинна, розібратися у всіх можливих варіантах установки та мотивів поведінки хворого, особливостях його психології, особистості; ретельно співставити суб'єктивні та об'єктивні дані. Для судження про ступінь вираженості функціональних порушень потрібно керуватися параклінічними даними та функціональними навантаженнями; больового синдрому – спостерігати за наявністю другорядних признаков болю (потіння, гру вазомоторів обличчя, підвищення артеріального тиску, серцебиття, гримаса обличчя та інші при проведенні методу провокації).

#### ОСОБЛИВОСТІ ПОПЕРЕДЖЕННЯ КОНФЛІКТНИХ СИТУАЦІЙ В ПРАКТИЦІ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНИХ ЕКСПЕРТНИХ КОМІСІЙ

В практичній діяльності лікарів медико-соціальних експертних комісій (МСЕК) непоодинокі випадки, коди винесене експертне рішення про ступінь зниження життєдіяльності породжує незадоволення та скарги з боку хворих та інвалідів.

Крім того, на ґрунті незгоди з рішеннями МСЕК бувають випадки і відкритих конфліктів між освідчуваними та лікарями МСЕК дезорганізуючих роботу комісій, знижують ефективність діяльності експертів, про яких складається негативне враження. Так, з проаналізованих скарг у третини випадків було вказано на неуважне або недобррозичливе відношення лікарів-експертів.

Можна передбачити, що конфліктні ситуації між лікарями МСЕК та освідчуваними виникають не тільки в зв'язку з незадоволеними чеканнями останніх і відмова в установленні жаданої групи інвалідності, її причини, але і з соціально-психологічних причин. Навчання лікарів-експертів тактиці міжособистої соціальної взаємодії з освідчуваними може служити важливим засобом профілактики конфліктних ситуацій. Практика показує, що у багатьох лікарів-експертів стихійно виробились різні прийоми поведінки в передконфліктній ситуації. Систематизація цих прийомів, знання законів спілкування, формування тактики міжособистих взаємодій будуть сприяти підвищенню ефективності роботи лікарів МСЕК.

Вміння спілкуватися сприяє встановленню доброго контакту з хворим, здатності слухати та розуміти не тільки слова, але й мотиви його поведінки, направити розмову в потрібне русло. Процес спілкування має свої закони, на основі яких спеціалістами розроблені прийоми, які поліпшують спілкування, дозволяють ліпше зрозуміти співрозмовника.

Особливістю спілкування в процесі освідчення на МСЕК являється його короткочасність. В силу короткочасності процедури обстеження та спілкування особливе значення має перше враження. У медико-соціальній експертизі лікарі МСЕК повинні взяти на себе відповідальність за створення умов та тактики поведінки, котрі формують перше адекватне враження. Це дасть можливість в якійсь мірі минути суб'єктивізм в оцінці особистих якостей освідчуваного, його установок.

В процесі освідчення на МСЕК предметно-ділові конфлікти неминучі – завжди знайдуться люди, які переконані в тому, що їм необґрунтовано відмовили в тому чи в іншому проханні, тим більш, що й самі лікарі нерідко зіштовхуються з протиріччям між об'єктивною ситуацією хворого та невідосконаленням ряду положень інструктивних документів. Справа не в тому, щоб уникнути протиріч, а в умінні вірно вести себе в конфліктній ситуації. Що ж стосується міжособистих конфліктів, то їх можна та потрібно попереджувати.

Вміти розв'язати складну ситуацію, не доводячи її до конфлікту, вміти попередити конфлікти – значить володіти культурою спілкування, ліквідувати перепони на шляху взаємного розуміння, не повторювати минулих помилок спілкування; бути самокритичним, володіти собою; зберігати етику, норми спілкування.

Культура професійного спілкування базується на таких моральних категоріях, як увічливість, тактовність, толерантність, повага, порядність, пунктуальність тощо. Засвоєння цих правил сприяє розвитку почуття такту (уміння говорити і діяти, враховуючи індивідуальні психологічні особливості та настрої інших людей), привчає зберігати власну гідність і поважати інших людей навіть у складних, конфліктних ситуаціях. Володіння культурою спілкування допомагає не скривдити співрозмовника невдалим словом чи дією і разом з тим не принизити власної гідності, уникнути конфліктних ситуацій. Демонструючи сумлінне виконання своїх службових обов'язків, шанобливе ставлення до співробітників, громадян, дотримуючись високої культури спілкування, не допускаючи дій і вчинків, які можуть зашкодити інтересам держави [9].

Оптимально розв'язати конфлікт – це усвідомити його причини та вміло ліквідувати їх, використовуючи для цього всі можливості, зняти психічне напруження, добитися згоди.

Дуже важливі основні причини виникнення

конфліктів. Особистими передумовами до конфліктності можуть служити такі риси, як нетерпимість до недоліків інших, понижена самокритичність, імпульсивність, нестриманість у почуттях, а також схильність до агресивної поведінки, користолюбство, байдужість.

Як показують спостереження, поведінка лікарів МСЕК інколи скерована лише на підкреслення власного авторитету, значимості у вирішенні долі іншої людини. Дійсно, авторитет лікарів-експертів несе в собі соціальну роль, з якою пов'язані чекання оточуючих. Від лікаря, холодючого авторитетом, очікують, що дякуючи великим знанням та високим моральним якостям він може прийняти вірне рішення, може вказати іншим, що і як вони повинні робити.

Спостереження за поведінкою лікарів МСЕК в конфліктній ситуації показало, що лікарю-експерту з великим досвідом роботи вдавалося зняти напругу, заспокоїти хворого. Поведінка цього лікаря в конфлікті характеризувалась непоказним спокоєм, впевненістю в собі, власному досвіді, але без демонстрації надмірної авторитетності та домінування.

Лікарі-експерти знаходяться у важкому положенні: їм нерідко приходиться мати справу з пацієнтами, налагодити контакт з якими досить складно, чиї особливості мало налаштовані до співбесіди, затрудняють її. До таких особливостей відносяться невисокий рівень освіти, дефект розумової діяльності, які обумовлені хворобою, несприятливі риси особистості (емоційно-волева нестійкість, ранимість, образливість, вибуховість, зниження самооцінки та інші), котрі в ситуації експертизи (а вона безумовно являється стресовою для подавляючої більшості хворих) усугубляється. Велике значення має перший контакт лікаря з хворим, який визначає успіх подальшого спілкування. Важливо відразу встановити атмосферу довіри та взаємопорозуміння, так як хворий значно легше сприймає негативне рішення своїх питань, якщо відчують бажання допомогти, об'єктивність лікаря.

При встановленні контакту з хворим певну роль грає загальна атмосфера, закладу, поведінка всіх співробітників комісії, включаючи регістратора. Роль регістратора в формуванні установки хворого, в ситуації експертизи не можна недооцінити: адже він – перша особа, з якою зустрічається хворий, його стиль спілкування у багатому визначає враження від всієї процедури освідчення. Велике значення має навіть інтер'єр приміщення, де хворі та інваліди чекають прийому. Зручне приміщення з достатньою кількістю місць для сидіння, з інформативними стендами про права обстежуваних, про порядок освідчення та оформлення пенсій, про основні принципи визначення групи інвалідності, про можливість перенавчання та інше, допоможе створити атмосферу доброзичливості та уваги

до освідчуваних, полегшує перший контакт.

При першому контакті недопустимо, щоб лікар-експерт зразу дав зрозуміти, що він не вірить хворому, вважає його симулянттом. Це не приведе ні до чого, окрім агресії або недовіру з боку хворого; контакт і подальше спілкування не відбудеться, ситуація легко переросте в конфліктну.

Необхідно, щоб лікар-експерт володів вмінням слухати. Відсутність такого являється основною причиною неефективного спілкування, оскільки це веде до непорозуміння та помилок.

Виключно важливий елемент спілкування – візуальний контакт. Погляд на розмовника виражає не тільки зацікавленість співрозмовника, але й допомагає зосередити увагу на тому, що йому кажуть.

Непотрібно прикидатися, що слухаєте: відсутність інтересу та нудьга зразу спідволі з'явиться у виразі обличчя та жестах; вдавання звичайно сприймається як образа. Непотрібно робити поспішних висновків: оцінки заважають спілкуванню. Не потрібно бути надлишково чутливим до емоційних слів, піддаватися дії відчуттів співбесідника.

Вкрай нераціональним являється така поведінка робітників МСЕК, коли предметно-діловий контакт не вирішується, коли лікарі відходять від прояснення ситуації, обмежуючись лише скупкою вказівкою: «Ви можете оскаржити наше рішення». Хворий не тільки тут же це зробить, але й піде з образою, закріпленим почуттям несправедливості по відношенню до нього. Така поведінка лікарів-експертів якби «гарантує» появлення скарг, яких могло б не бути при правильному спілкуванні.

Добрий засіб завершення конфлікту, коли час лікаря крайнє обмежений (як це буває завжди) – це техніка перефразування та резюмування. Хворий, впевнившись, що його вірно зрозуміли, йде з відчуттям задоволеності і навіть у випадку відмови сприймає його спокійно.

Саме складне в конфліктній ситуації – навчитися відсторонитися від неї, щоб отримати можливість аналізувати свої дії та дії іншої сторони, так як емоції викривляють картину того, що відбувається, не дозволяють приймати вірного рішення.

Найбільш прийнятною формою поведінки в конфліктних ситуаціях і при конфліктній провокації являється терпеливість.

Попередження конфліктних ситуацій залежить від соціально-психологічної культури лікаря-експерта, психологічній підготовленості спеціалістів, які працюють з хворими в умовах, що містять об'єктивні дані до виникнення конфліктів.

Самий ефективний засіб попередження конфліктних ситуацій – це перевести конфлікт в ділову розмову без підкреслювання авторитетності, в ході сумісної роботи підвести самого освідчуваного до вирішення його питання, коли він сам зрозуміє, що його прохання не може бути

задоволено. Це найбільш важка праця та самий продуктивний шлях розв'язання конфліктної ситуації. Він може бути досягнутий не зі всяким хворим, проте результати досягаються стійкі. Щоб це здійснити, необхідно всю розмову вести в спокійному, доброзичливому тоні. Потрібно пам'ятати, що у відкритій конфліктній ситуації у відповідь на крик одного партнера підвищує голос і другий. Між тим, на крик ліпше відповісти шепотом – той, хто кричав змовкне, почне прислуховуватись; тим самим ініціатива розмови перейде в руки лікаря. Крім того, в будь-якому конфлікті обов'язково потрібно просити хворого чітко сформулювати свою претензію, причину невдоволення, основну думку конфлікту. Вже це заставить його роздумувати, підбирати слова, і сприяє зниженню емоційного напруження, вказуючи шлях до обговорення.

В плані рекомендацій, які стосуються дії на конфліктну ситуацію, необхідно враховувати таке: збільшити час обстеження пацієнта; інформувати про його права в ситуації експертизи; давати роз'яснення відносно можливостей досягнення цілей хворого, пояснити йому альтернативні можливості, забезпечити йому право вибору; забезпечити участь хворого у формуванні кінцевого рішення, позбавитись від стилю винесення авторитарного рішення.

Конкретних варіантів такого шляху розв'язання конфліктів багато і готових рецептів тут бути не може.

## ЗАКЛЮЧЕННЯ

Можливість використання деонтологічних принципів в роботі експертів залежить від вірності розуміння своїх завдань, ролі морально-етичних основ роботи, з одного боку і розуміння особистості та мотивів освідчуваного, з другого боку.

При всіх труднощах спілкування з інвалідами лікар-експерт не має права на створення обстановки конфронтації з освідчуванним.

В процесі експертизи працездатності необхідно уточнити також особливості особи лікаря-експерта. Кваліфікований експерт дає оцінку не дефекту, а людині – носію цього дефекту, його професійна діяльність завжди супроводжується певною формалізацією (обґрунтування діагнозу, винесення експертного рішення, визначення рекомендацій по працевлаштуванню та відновному лікуванню), що не треба змішувати з формальним відношенням до осіб з інвалідністю.

Лікар-експерт повинен виховувати у себе повагу до законних юридичних актів, які регламентують його дії, повинен почувати себе провідником закону, відчувати свою незалежність від хворого та вищестоячих організацій. Робота лікаря-експерта пов'язана з повагою до документів, бажанням об'єктивізувати всі дані, настороженістю у відношенні установочної поведінки

освідчуваного, його повинна відрізняти особлива колегіальність – вміння уважно вислуховувати колег, знайти раціональне зерно в їх судженнях, використовувати їх, аргументовано відстоювати свою точку зору, прийти до єдиного загального судження, так як експертне рішення виноситься комісією, а не окремими лікарями, його установки направлені не настільки на лікування хворого, скільки на виробіток висновку про життєдіяльність хворого та міри соціально-трудової реабілітації по профілактиці інвалідності. В процесі професійної діяльності у лікаря-експерта формується особливе експертне мислення. Властивість аналізувати кожний факт – клінічний, соціальний та психологічний. Розвивається широта мислення, яка включає клінічні знання, знання гігієни, соціології, інженерних наук, законодавчих актів, а також організаторські навички.

Лікар-експерт повинен вміти створити оптимальний особистий контакт з освідчуванним, проявляти впевненість, рішучість, переконаність та оптимізм при освідчуванні інваліда.

Невиконання правил деонтології призводить до конфліктів з хворими по вині лікарів, а самі вони до кінця робочого дня бувають роздратованими, схильними бачити в хворому не страждачу людину, а ворога, вимагача. При невиконанні правил деонтології збільшується потік скарг від хворих, а експертна обстановка буває черевата конфліктними ситуаціями в силу неможливості задовольнити претензії хворого.

При психоемоційному втомленні рекомендується ввести в структуру робочого дня мікропаузи, під час яких лікар-експерт може переключити увагу на інший вид діяльності або провести декілька фізичних вправ.

Позитивний контакт буде передопределений, якщо лікар проявить високі особисті якості і буде співпереживати з хворим. Справжнє співпереживання також повинно бути притаманне лікарю-експерту; воно повинне відрізнятися від ілюзорного тим, що в основі його лежить непросте отождошення себе з хворим, а можливість стати на його місце, поділити його почуття, не втративши при цьому відчуття власної індивідуальності, обов'язки по відношенню до держави і зв'язаного з цим психологічної дистанції.

## ВИСНОВКИ

Таким чином, вищевикладений матеріал є лише частиною великого кола проблем, якими займається психологія у медико-соціальной експертизі. Однак відношення людини до хвороби та інвалідності, внутрішня картина захворювання, переживання свого страждання в часі й формування компенсаторних механізмів особистості, які формують специфічний мир хворої людини, є досить важливим розділом медико-експертної психології.



ЛІТЕРАТУРА

1. Bochelyuk VY, Turubarova AV. Psychology of the Person with Disabilities (Textbook) Kyiv, 2012.
2. Palekha YI. Ethics of business relations (textbook). Kyiv, 2007.
3. Litvak A. The influence of the state on the education of ethical values of medical personnel. *Teoretychni ta prykladni pytannya derzhavotvorennya*. 2019; 24: 55–66.
4. Code of Ethics of the doctor of Ukraine. *Hazeta zdorovya Ukrainy*. 2009; 19 (224): 30–31.
5. Levenets SS. Medical ethics and deontology: realities and perspectives in the work of a doctor. *Medychna osvita*. 2012; 4: 87–90.
6. Chmut TK, Chayka HL, Lukashevych MP, Osechynska IB. *Business Communication Ethics: Lecture Course*. Kyiv, 2003.
7. Zaporozhan VM, Aryaev ML. *Bioethics and biosafety (textbook)*. Kyiv, 2013.
8. Kovaleva OM, Safargalina-Kornilova NA, Gerasymchuk NM. *Deontology in medicine (textbook)*. Kharkiv, 2014.
9. Dulgerova OM, Crystal TM. Characterization of the moral norms of the professional communication culture of the head of the SSES department of Ukraine. *Visnyk Natsional'noho universytetu oborony Ukrainy*. 2015; 3 (46): 84–88.

*Стаття надійшла до редакції 17.04.2020*

DOI: [https://doi.org/10.34287/MMT.2\(45\).2020.15](https://doi.org/10.34287/MMT.2(45).2020.15)Г. В. Іншакова<sup>1,2</sup>, Н. В. Шестак<sup>2</sup><sup>1</sup>Національний медичний університет імені О. О. Богомольця  
Київ, Україна<sup>2</sup>Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини»  
Державного управління справами  
Київ, УкраїнаG. V. Inshakova<sup>1,2</sup>, N. V. Shestak<sup>2</sup><sup>1</sup>Bogomolets National Medical University  
Kyiv, Ukraine<sup>2</sup>State Scientific Institution «Scientific and Practical Center for Preventive and Clinical Medicine»  
of the State Administration of Affairs  
Kyiv, Ukraine

## РОЛЬ НАУКОВИХ ДОСЛІДЖЕНЬ У ВИВЧЕННІ ТА ПОКРАЩЕННІ ЗДОРОВ'Я ДИТЯЧОГО НАСЕЛЕННЯ

### The role of research in the study and improvement of the health of the pediatric population

#### Резюме

**Мета дослідження.** Висвітлити вагому роль наукових досліджень, заснованих на доказах, у покращенні здоров'я дитячого населення та прийнятті рішень в області охорони здоров'я дітей.

**Методи.** При виконанні дослідження використано бібліографічний та аналітичний методи.

**Результати.** Практично всі наукові установи і заклади вищої медичної освіти виконують великий обсяг дослідницької роботи, у т. ч. з вивчення і покращення здоров'я дітей. Всі вони мають свої пріоритетні напрями наукових досліджень. Ці дослідження стосуються питань поведінки дітей по відношенню до свого здоров'я, детермінант здоров'я, нерівності в здоров'ї, проблем генетики, розробки підходів до лікування гепатиту С та багатьох інших.

**Висновки.** Наукові дослідження, що присвячені вивченню та покращенню здоров'я дітей, є підґрунтям для розробки політики в області охорони здоров'я дитячого населення, у т. ч. заходів з попередження хвороб у дитячому віці.

**Ключові слова:** діти, здоров'я, наукові дослідження.

#### Abstract

**Purpose of the study.** The important role of evidence-based research in improving the health of the infant population and decision-making in the field of child health are highlight.

**Methods.** Bibliographic and analytical methods were used in the study.

**Results.** Almost all academic institutions and institutions of higher medical education carry out a large amount of research work, including the study and improvement of children's health. They all have their own priorities for research. These studies address issues of children's behavior in relation to their health, determinants of health, inequalities in health, genetics problems, approaches to the treatment of hepatitis C and many others.

**Conclusions.** Scientific research on the study and improvement of children's health is the basis for policy development in the field of health care for children, including measures to prevent childhood diseases.

**Keywords:** children, health, scientific research.

#### ВСТУП

Здоров'я населення є одним з інтегральних показників сталого розвитку країни. Особливо важливим є здоров'я дитячого населення, отже від

цього багато в чому залежать майбутні можливості держави, у т. ч. інтелектуальні, трудові, оборонні та репродуктивні. Зміни в показниках здоров'я дітей можна вважати індикатором соціального та економічного розвитку будь-якої країни.

Наукові праці багатьох дослідників підкреслюють, що в наш час стрімкого розвитку науки, саме наукові дослідження, засновані на доказах, мають велике значення для поліпшення здоров'я дитячого населення, тому що за допомогою таких досліджень можна визначити проблеми, що пов'язані зі здоров'ям дітей, ефективність лікування та профілактичних заходів, а також розробити стратегії його покращення [1, 2]. Наукові дослідження є основною рушійною силою інновацій у лікарську практику та ключем до покращення медичної допомоги, у т. ч. і дитячому населенню [3].

### МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ

Висвітлення вагомості ролі наукових досліджень у покращенні здоров'я дитячого населення та прийнятті рішень щодо охорони дитячого здоров'я. При виконанні дослідження використано бібліографічний та аналітичний методи.

### РЕЗУЛЬТАТИ

За даними Світового банку в цілому спостерігається позитивна динаміка щодо скорочення смертності дітей. За період 2008–2018 рр. показник смертності дітей до 5 років в цілому в світі знизився з 55,6 на 1000 живонароджених до 38,6, тобто на 44,0%. Якщо розглядати показник в розрізі регіонів світу, то він різниться в рази. Слід зазначити, що більшість дітей помирають в Африці, південніше Сахари та в Південній Азії. Найнижчим даний показник є в Північній Америці і становить 6,4 на 1000 живонароджених, в той час, як в країнах Африки, південніше Сахари, він більший у 12,1 рази, Південної Азії – у 6,6 рази, Близького Сходу та Північної Африки – в 3,4 рази, Латинської Америки та Карибів – у 2,6 рази, Східної Азії та Тихого океану – в 2,3 рази Європи і Центральної Азії – у 2 рази [4].

Впливові міжнародні організації підтримують проведення наукових досліджень в сфері охорони здоров'я, вважаючи їх результати вагомим внеском у розвиток суспільства. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) наголошує на необхідності і важливості наукових досліджень для вирішення проблем популяційного здоров'я. Вони забезпечують готовність до оперативного реагування на глобальні виклики і загрози в сфері громадського здоров'я. ВООЗ підтримує наукові дослідження за такими напрямками, як дослідження масштабів та розподілу проблем, пов'язаних зі здоров'ям; розуміння різних причин або детермінант проблеми, та з'ясування чинників, якими вони обумовлені; розробка рішень або втручань, що сприятимуть запобіганню чи зменшенню масштабів проблеми; впровадження або надання рішень за допомогою розробки політики та про-

грам; оцінка впливу таких рішень на проблеми, що виникли [5].

У 2016 році Європейським регіональним бюро ВООЗ було оприлюднено міжнародний звіт за результатами наукових досліджень 2013–2014 рр. з питань поведінки дітей шкільного віку по відношенню до здоров'я (HBSC). Дослідження проводиться вже 33 роки і вивчає детермінанти здоров'я 11-, 13- та 15-річних дітей. Даний проект є міжнародним, в ньому беруть участь 44 країни і області Європи та Північної Америки. Результати дослідження є джерелом інформації, заснованої на надійних і вірогідних даних. Вони є підґрунтям для розробки політики в області охорони здоров'я дитячого населення, у т. ч. і Європейської стратегії охорони здоров'я дітей і підлітків. Дослідження HBSC охоплює широке коло питань, які стосуються дітей та підлітків. Це оцінка їхнього здоров'я, освіти, соціального середовища, в якому знаходиться родина дітей, і його вплив на їхнє здоров'я і благополуччя. Ретельно вивчається дія на здоров'я таких чинників, як вік, місце проживання, рівень сімейного достатку, соціальний аспект, гендерні та соціально-економічні відмінності і їх вплив на розвиток підлітків. В останній час актуальними є теми, що стосуються міграційних процесів у суспільстві та кібербулінгу, які негативно впливають на здоров'я дітей та підлітків [6].

Важливість науки у покращенні здоров'я підкреслюється тим, що однією з оперативних функцій громадського здоров'я є «Сприяння розвитку наукових досліджень у сфері громадського здоров'я для наукового обґрунтування політик і практичних втручань». За допомогою наукових досліджень розробляються і удосконалюються стратегії у сфері громадського здоров'я, виробляються політики на основі фактичних даних, нові методи та новітні технології та приймаються обґрунтовані рішення на всіх рівнях системи громадського здоров'я [7].

Центри контролю та профілактики захворювань (CDC) підкреслюють, що інвестиції в здоров'я дітей – це інвестиції в наше майбутнє і можуть знизити витрати для суспільства в цілому. Тому CDC багато уваги приділяють вивченню здорового розвитку дитини та певних умов, що впливають на дитину. За допомогою такої інформації створюються програми профілактики, санітарної просвіти та втручань; програми планування послуг для дітей та їх сімей і визначаються необхідні напрями наукових досліджень. Наукові дослідження, які проводяться CDC, присвячені вивченню психічного, емоційного та поведінкового здоров'я дітей. CDC розроблено модель Legasy – програму втручань, що спрямовані на попередження затримки в розвитку дитини, яка живе у бідності. Програму зацентовано на роль батьків та засоби їх позитивного

впливу на дитину. Також напрямом наукових досліджень CDC є вивчення вроджених дефектів, порушень і хвороб крові у дітей [8].

Слід зазначити, що багато університетів вищої освіти у світі виконують, як правило на медичних факультетах, наукові дослідження пов'язані з вивченням дитячого здоров'я. Наукові проекти виконуються на міжнародному, національному та регіональному рівнях. Найчастіше теми досліджень відповідають конкретним потребам партнерів. Так, наприклад, тематика наукової роботи Інституту епідеміології та медичної біометрії медичного факультету Ульмського університету (Німеччина) стосується вивчення поширеності захворювань і станів, пов'язаних зі здоров'ям, їх причин, факторів ризику, а також діагностики і лікування хвороб. За даними отриманих результатів щодо поширеності факторів ризику розробляються профілактичні заходи щодо попередження виникнення захворювань, які застосовуються як на індивідуальному рівні, так і для вироблення політики в сфері охорони здоров'я. Численні наукові дослідження, які виконуються в Інституті, стосуються і такої теми, як здоров'я в дитячому віці. В тему включено кілька проектів. Перший проект – «Здоровий човен» передбачає виконання програми «Підемо разом в здоровий човен – початкова школа». Сутність її полягає в тому, що вона базується на шкільній програмі, згідно з якою вчитель прищеплює учням здоровий стиль життя щодо харчування, руху, організації вільного дозвілля. Назва другого проекту «Габріель» Це широкомасштабний європейський проект, який фінансується Європейським Союзом і виконується одночасно в Німеччині (Баден-Вюртемберг, Баварія), Швейцарії, Австрії та Польщі: Це когортне дослідження з вивчення впливу навколишнього середовища сільської місцевості на поширеність астми і алергічних захворювань в дитячому та підлітковому віці в Баден-Вюртемберзі. В рамках такого проекту – «Ульмер Кідс» (Ulmer Kids) на когорті новонароджених проводиться вивчення впливу факторів ризику на здоров'я дітей. Проект «Ульмер Шпатца» (Ulmer Spatz) знову таки ж на когорті новонароджених проводить аналіз причин виникнення

хронічних захворювань в дитячому віці, зокрема, астми, алергічних захворювань, надмірної маси тіла та стресу. Метою даного дослідження є розкриття захисних механізмів дитини. Також Інститут епідеміології та медичної біометрії приділяє багато уваги розробці електронних реєстрів для збору, обробки та аналізу інформації, зокрема і дитячого населення. Даним закладом створено реєстри «Ожиріння», що включає супутні захворювання та медичне обслуговування дітей та підлітків, які страждають ожирінням, «Діабет», який містить довгострокову документацію для всіх форм діабету у дорослих, дітей і підлітків [9].

В Україні у вищих медичних закладах освіти, як правило на кафедрах педіатрії, також здійснюються наукові дослідження, у т. ч. і міжнародні, присвячені вивченню здоров'я дітей. Наприклад, в Національному медичному університеті імені О. О. Богомольця тематика таких досліджень є дуже різнобічною, стосується спадкової схильності до захворювань, алергічних захворювань, бронхіальної астми, цукрового діабету, артеріальної гіпертензії, хвороб системи органів травлення, проблем дітей, які часто хворіють, тощо. Існує низка науково-дослідних інститутів МОЗ України та НАМН, НАН України, що також здійснюють наукові дослідження, пов'язані з вивченням здоров'я дітей.

## ВИСНОВКИ

Наукові дослідження, присвячені вивченню здоров'я дитячого населення, умов, що впливають на розвиток дитини є вкрай важливими і необхідними, тому що збереження здоров'я дітей – це інвестиції в здорове майбутнє країни. Особливу увагу треба приділяти міжнародним дослідженням. Результати таких досліджень є важливими не тільки для системи охорони здоров'я, а для інших сфер життєдіяльності. Наукові дослідження допомагають розробляти й удосконалювати політику в області охорони здоров'я дитячого населення, приймати обґрунтовані рішення, визначати їх пріоритетність, здійснювати профілактичні заходи тощо, спрямовані на збереження і зміцнення здоров'я дітей.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Dabis F, OrneGliemann J, Perez F et al. Improving child health: The role of research. *BMJ*. 2002; 324 (7351): 1444–1447. DOI: 10.1136/bmj.324.7351.1444.
2. Kennedy HP, Yoshida S, Costello A et al. Asking different questions: research priorities to improve the quality of care for every woman, every child. *Lancet*. 2016; 4 (11): e777–779. DOI: 10.1016/S2214-109X(16)30183-8.
3. Ebril B. The importance of research in pediatric medicine. *Advances in Pediatric Research*. 2018; 5 (1): 1–3. DOI: 10.12715/apr.2018.5.6.4.
4. The World Bank. World Development Indicators. <http://datatopics.worldbank.org/world-development-indicators>. Accessed April 2, 2020.
5. Research. [https://www.who.int/health-topics/research/#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/research/#tab=tab_1). Accessed April 4, 2020.

6. Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. Health behaviour in school-aged children (HBSC) study: international report from the 2013/2014 survey. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016.

7. Liashko V, Piven N, Braha Metal. Development and funding of regional and local public health programs: an operating manual. Kyiv, 2020.

8. Child Development Research. <https://www.cdc.gov/ncbddd/childdevelopment/research.html> Accessed March 24, 2020.

9. Julius-Maximilians-Universität Würzburg, Medizinische Fakultät, Institut für klinische Epidemiologie und Biometrie. <http://www.epidemiologie.uni-wuerzburg.de/startseite/>. Accessed March 31, 2020.

*Стаття надійшла до редакції 24.04.2020*

DOI: [https://doi.org/10.34287/MMT.2\(45\).2020.16](https://doi.org/10.34287/MMT.2(45).2020.16)

І. А. Голованова, Г. А. Оксак, М. В. Хорош, М. М. Товстяк

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія»  
Полтава, Україна

I. A. Golovanova, G. A. Oksak, M. V. Khorosh, M. M. Tovstyak

Higher State Educational Institution of Ukraine «Ukrainian Medical Stomatological Academy»  
Poltava, Ukraine

## ФАКТОРИ РИЗИКУ, ПОВ'ЯЗАНІ З ВИНИКНЕННЯМ РАННІХ УСКЛАДНЕНЬ ГОСТРОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА ПІСЛЯ КАРДІОІНТЕРВЕНЦІЙНОГО ЛІКУВАННЯ

### Risk factors relating to the early complications of acute myocardial infarction after cardios-intervention treatment

#### Резюме

**Мета дослідження.** Визначити основні фактори ризику виникнення ранніх ускладнень гострого інфаркту міокарда після кардіоінтервенційного лікування та оцінити показники прогностичного ризику.

**Матеріали та методи.** Для збору статистичного матеріалу для визначення факторів ризику використовували метод викопіювання даних з історії хвороб, а після цього обраховували відношення шансів. При цьому нами були розраховані відношення шансів (ВШ) та 95% довірчий інтервал (ДІ). Після проводилось прогнозування ризику виникнення ранніх ускладнень гострого інфаркту міокарда ГІМ при кардіоінтервенційному втручанні за допомогою регресії Кокса, де був врахований час транспортування пацієнта силами бригади ЕМД. Об'єктом спостереження було визначено пацієнта з ГІМ, який був доставлений на третинний рівень надання медичної допомоги.

**Результати.** При визначенні наслідків кардіоінтервенційного втручання враховували такі ускладнення, як аневризму, аритмію, зниження фракції викиду серця, кардіогенний шок і набряк легень. У більшості пацієнтів спостерігали поліпшення стану здоров'я – 60,7%, наявність одного ускладнення була у 18,9%, наявність поєднаних ускладнень – 15,2%, смерть пацієнта – 4,1%.

**Висновки.** Шляхом регресійного аналізу за Коксом доведено, що кумулятивний ризик виникнення ранніх ускладнень ГІМ при

#### Abstract

**Purpose of the study.** Identify the main risk factors for early complications of acute myocardial infarction after cardiac intervention and assess the prognostic risk.

**Materials and methods.** To collect the statistical material to determine risk factors, the method of copying medical history data was used, and then the odds ratio was calculated. In doing so, we calculated odds ratios (OR) and 95% confidence interval (CI). Subsequently, the risk of early complications of acute myocardial infarction (AMI) in cardio-interventional intervention by Cox regression was predicted, which took into account the time of patient transportation by EMD team. The object of observation was to identify a patient with AMI who was delivered to a tertiary level of care.

**Results.** In determining the consequences of cardiovascular intervention, such complications as aneurysm, arrhythmia, decreased ejection fraction, cardiogenic shock, and pulmonary oedema were considered. Most patients experienced improvement in health status – 60,7%, single complication was 18,9%, combined complications – 15,2%, patient death – 4,1%.

**Conclusions.** By Cox regression analysis, it was proved that the cumulative risk of early GIM complications with cardiovascular intervention increased with 10 minutes of arrival of EMS with established ECG diagnosis (STEMI), which increased the risk of complications 1,9 times  $p(0,00)$   $p(0,00)$ ; the presence of diabetes – 4,259 times,  $\exp(\beta)$  4,259 ( $p=0,001$ ); smoking – 2,988 times,

кардіоінтервенційному втручанні збільшувався з 10 хвилини прибуття ЕМД при встановленому ЕКГ діагнозі (STEMI), який збільшував ризик виникнення ускладнень в 1,9 рази  $\exp(\beta) 1,953$  ( $p = 0,002$ ); наявності цукрового діабету – в 4,259 рази,  $\exp(\beta) 4,259$  ( $p = 0,001$ ); палінні – в 2,988 рази,  $\exp(\beta) 2,988$  ( $p = 0,001$ ); підвищеному ІМТ у пацієнта – в 2 рази,  $\exp(\beta) 2,066$  ( $p = 0,002$ ).

**Ключові слова:** гострий інфаркт міокарда, кардіоінтервенційне лікування, фактори ризику, регресія Кокса.

$\exp(\beta) 2,988$  ( $p = 0,001$ ); increased BMI in the patient – 2 times,  $\exp(\beta) 2,066$  ( $p = 0,002$ ).

**Keywords:** acute myocardial infarction, cardiointerventional treatment, risk factors, Cox rrs.

## ВСТУП

Питання поширеності ішемічної хвороби серця (інфаркт, ішемічна хвороба серця, стенокардія) серед населення є однією із основних медичних проблем як загалом в усьому у світі так і в Україні [1, 2]. При виникненні гострого інфаркту міокарда, на відміну від інших серцево-судинних захворювань, вкрай важливим є своєчасне долікарське та невідкладне лікування, що забезпечує успішне одужання пацієнта. Нехтування цими принципами передбачає підвищення смертності серед таких хворих, що спостерігається навіть серед пацієнтів молодого віку [3, 4].

Після проведення реперфузійної терапії гострого інфаркту міокарда важливо визначити пацієнтів, які мають високий ризик виникнення подальших кардіологічних явищ, таких як повторний інфаркт або смерть, і здійснити своєчасне втручання для запобігання таким явищам [5]. Оскільки ризик розвитку небажаних явищ знижується із часом, треба проводити ранню оцінку ризиків. Оцінка розміру зони ураження міокарду внаслідок інфаркту і порушення функції лівого шлуночка в стані спокою, як правило, за допомогою ехокардіографії, повинна робитись до виписки пацієнта із стаціонару [6, 7]. Терміни виникнення ускладнень залежатимуть від того, наскільки успішно були проведені ангіографія і черезшкірне коронарне втручання (ЧКВ). Із розширенням використання первинного ЧКВ в лікуванні коронарної патології оцінка ризику повторної ішемії перед випискою стала менш важливою, оскільки можна вважати, що інфаркт-залежне коронарне ураження було проліковане і стабілізоване і була оцінена наявність або відсутність значних уражень в інших вінцевих артеріях.

На даний час розроблено та впроваджено в практичну діяльність декілька шкал оцінки ризику на основі параметрів, які дозволяють легко ідентифікувати небезпеки у гострій фазі перед реперфузією [8, 9]. Перелік клінічних показників високого ризику в гострій фазі включає: похилий та старечий вік, тахікардія і тахіарит-

мія, гіпотензія, більше 1 балу за шкалою Кілліп-Кімбала, наявність інфаркту передньої стінки міокарду, наявність в анамнезі серцевих нападів, підвищення креатиніну в сироватці крові та супутня серцева недостатність. Злоякісна аритмія, постійний біль у грудях та рання стенокардія з мінімальними фізичними навантаженнями вважаються поганими результатами лікування [10, 11].

## МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ

Метою нашого дослідження було визначити основні фактори ризику виникнення ранніх ускладнень гострого інфаркту міокарда після кардіоінтервенційного лікування та оцінити показники прогностичного ризику.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для збору статистичного матеріалу для визначення факторів ризику використовували метод вкопювання даних з історії хвороб, а після цього обраховували відношення шансів. При цьому нами були розраховані відношення шансів (ВШ) та 95% довірчий інтервал (ДІ). Для ідентифікації вагомих факторів ризику (ФР) ранніх ускладнень було розглянуто ряд прогностичних змінних, які пов'язані з можливістю виникнення ранніх ускладнень ГІМ при кардіоінтервенційному втручанні: вік пацієнта, сезон року, місце постійного проживання пацієнта, код ГІМ за МКХ-10, тривалий час (більше 120 хв.) від виникнення симптомів до виклику бригади екстреної медичної допомоги (ЕМД), час прибуття бригади ЕМД з моменту виклику (більше 10 хв. по Полтаві), час початку проведення ЧКВ від зняття ЕКГ, встановлений ЕКГ діагноз, наявність ускладнень перебігу хвороби, смерть, підвищення ІМТ, куріння, супутнє ураження нирок, цукровий діабет, підвищення АТ в анамнезі, наявність болю в серці.

Після обрахунку ВШ, нами проводилось прогнозування ризику виникнення ранніх ускладнень ГІМ при кардіоінтервенційному втручанні. Цей ризик розраховували за допомогою регресії

Кокса, де був врахований час транспортування пацієнта силами бригади ЕМД. Об'єктом спостереження було визначено пацієнта з ГІМ, який був доставлений на третинний рівень надання медичної допомоги. Визначення прогнозованого ризику виникнення ранніх ускладнень ГІМ при кардіоінтервенційному втручанні до 10–20 хвилин

$$h_i(t) = h_0(t) \exp(\beta_1 X_{i1} + \beta_2 X_{i2} + \dots + \beta_p X_{ip})$$

Статистичну обробку результатів дослідження проведено з використанням методів статистичного аналізу, реалізованих у пакеті ліцензійного статистичного програмного продукту IBM SPSS Statistics v.6.1.

### РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

При визначенні наслідків кардіоінтервенційного втручання враховували такі ускладнення,

як аневризму, аритмію, зниження фракції викиду серця, кардіогенний шок і набряк легень. У більшості пацієнтів спостерігали поліпшення стану здоров'я – 148 (60,7%). Ускладнення після проведення кардіоінтервенційного втручання виникало загалом у 85 (34,8%) пацієнтів, серед яких: наявність одного ускладнення була у 46 осіб (18,9%), наявність поєднаних ускладнень – 37 осіб (15,2%), смерть пацієнта – 10 осіб (4,1%) (рис.1).

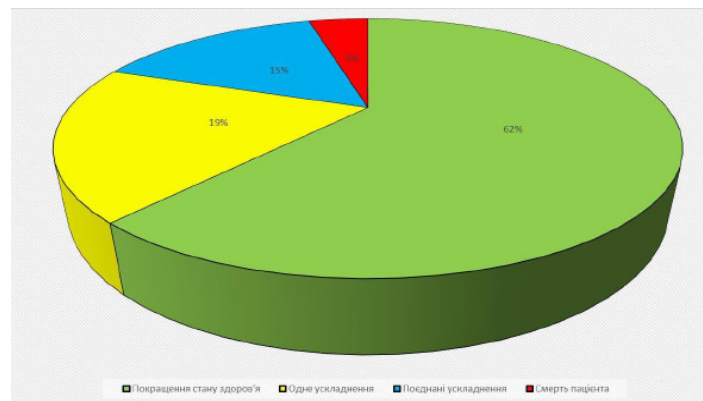


Рис. 1. Розподіл пацієнтів відповідно до результатів кардіоінтервенційного лікування

Першим кроком нашого дослідження був двовимірний аналіз, який ми здійснювали за допомогою таблиць спряженості та розрахунках відношення шансів. Шанс отримати ускладнення після кардіоінтервенційного втручання збільшується в 8,0 разів влітку: ВШ становить 8,052 (95% ДІ 4,305–0,232),  $p < 0,001$ . Проводячи аналіз зв'язку ризику розвитку ускладнень кардіоінтервенційного втручання із статтю було встановлено, що у чоловіків ризик ускладнень кардіоінтервенційного втручання на 35% менше (ВШ становить 0,655 (95% ДІ 0,426–0,972),  $p = 0,024$ ). У людей старше 70 років шанси отримати ускладнення зменшуються на 50%: ВШ становить 0,508 (95% ДІ 0,261–0,987),  $p = 0,050$ . Досліджуючи взаємозв'язок між ризиком ускладнень та місцем проживання (Полтава, райони) достовірних взаємозв'язків не виявлено. Виявлено, що такий діагноз, як повторний інфаркт міокарда іншої уточненої локалізації (код за МКХ 122.8) збільшує ризик розвитку ускладнення в 2,1 рази: ВШ становить 2,15 (95% ДІ 1,224–5,183),  $p = 0,014$ . Вчасне прибуття бригади екстреної медичної допомоги зменшує шанси ускладнень від

кардіоінтервенційного втручання на 55%: ВШ становить 0,453 (95% ДІ 0,255–0,806),  $p = 0,008$ . Наявність встановленого діагнозу STEMI підвищує ризик ускладнень після інтервенційного втручання в 2,2 рази: ВШ = 2,284 (95% ДІ 1,022–5,103)  $p = 0,027$ . Згідно із проведеними розрахунками вкрай небезпечним в аспекті ускладнень є супутній цукровий діабет – підвищує ризик після кардіоінтервенційних ускладнень у 84 рази: ВШ = 84,2 (95% ДІ 45,1–157,2)  $p = 0,001$ . Наявність супутнього ураження нирок підвищує ризик ускладнень у 4,9 рази: ВШ = 4,93 (95% ДІ 3,144–7,741)  $p = 0,001$ . Вкрай небезпечним для формування ускладнень є паління – у курців ризик ускладнень збільшується у 19,6 разів: ВШ = 19,674 (95% ДІ 10,6–36,4)  $p = 0,001$ . Схожа картина спостерігається і для пацієнтів із підвищеним показником ІМТ, що збільшує ризик ускладнень в 26,7 разів: ВШ = 26,754 (15,572 – 45,96),  $p = 0,001$ . Достовірного впливу виду лікування ГІМ (стентування, консервативна терапія) на розвиток ускладнень не виявлено (табл. 1).



**Розподіл пацієнтів за факторами ризику відповідно перенесеного ускладнення після кардіоінтервенційного втручання**

| Фактори ризику   | Пацієнти з ускладненнями<br>Абс. (%)<br>n = 85 (36,8) | Пацієнти з поліпшенням<br>Абс. (%)<br>n = 146 (63,2) | Відношення шансів<br>(ДІ 95%) | p-level |
|--|---|--|-------------------------------|---------|
| Зима   | 0 (0%)  | 88 (29,7%)   |                               |         |
| Весна  | 20 (11,8%)  | 58 (19,1%)   | 1,780 (0,818–3,874)           | 0,197   |
| Літо   | 100 (58,8%)   | 44 (14,9%)   | 8,052 (4,305–0,232)           | 0,001   |
| Осінь  | 50 (29,4%)  | 106 (36,3%)  | 1,368 (0,769–15,062з)         | 0,315   |
| Чоловіки   | 112 (65,9%)   | 222 (75,0%)  | 0,655 (0,426–0,972)           | 0,024   |
| Вік 19–49 років  | 54 (26,7)   | 63 (23,9)  | 0,918 (0,452–1,865)           | 0,856   |
| Вік 50–69 років  | 87 (43,1)   | 139 (52,8)   | 1,676 (0,964–2,913)           | 0,088   |
| Вік старше 70 років                                      | 61 (30,2)   | 61 (23,2)  | 0,508 (0,261 – 0,987)         | 0,050   |
| Місце проживання: Полтава                                | 100 (49,4%)   | 132 (50,7%)  | 0,950 (0,557–1,622)           | 0,892   |
| Місце проживання: всі інші райони                        | 101 (50,6%)   | 130 (49,3%)  |                               |         |
| Повторний інфаркт міокарда іншої уточненої локалізації.  | 37 (8,6)  | 35 (13,1%)   | 2,15 (1,224–5,183)            | 0,014   |
| Час початку симптомів до виклику ЕМД (більше 120 хв.)    | 36 (7,8)  | 66 (14,3)  | 1,107 (0,578–2,119)           | 0,870   |
| Час прибуття ЕМД (до 10 хв. Полтава), (до 20 хв. райони) | 123 (26,4)  | 153 (32,9)   | 0,453 (0,255 – 0,806)         | 0,008   |
| Час початку ЧКВ від зняття ЕКГ (більше 120 хв.)          | 68 (14,7)   | 78 (16,7)  | 1,721 (1,0–2,959)             | 0,056   |
| Діагноз STEMI  | 8 (1,7%)  | 30(6,4%)   | 2,284 (1,022–5,103)           | 0,027   |
| Діагноз NSTEMI   | 162 (34,8)  | 266 (57,1)   |                               |         |
| Цукровий діабет  | 149 (32,0)  | 23 (4,9)   | 84,2 (45,1–157,2)             | 0,001   |
| Патологія нирок  | 74 (15,9)   | 40 (8,6)   | 4,93 (3,144–7,741)            | 0,001   |
| Паління  | 84 (18,0)   | 14 (3,0)   | 19,674 (10,6–36,4)            | 0,001   |
| Підвищений ІМТ   | 116 (24,9)  | 22 (4,7)   | 26,754 (15,572–45,96)         | 0,001   |
| Проведене стентування                                    | 78 (91,8%)  | 130 (89,0%)  | 1,371 (0,540–3,481)           | 0,650   |
| Проведене консервативне лікування                        | 7 (8,2%)  | 16 (11,0%)   | 1,371 (0,540–3,481)           | 0,650   |

Виявивши те, що вчасне транспортування пацієнта силами бригади ЕМД з ГІМ є значущим фактором, ми досліджували які додаткові чинники будуть впливати при невчасній доставці хворого на третинний рівень. Для визначення факторів, які впливають на раннє ускладнення ГІМ при кардіоінтервенційному втручанні, у регресійне рівняння за Коксом включено предиктори, які були значимими при визначенні ВШ: сезон року, вік старше 70 років, чоловіча стать, ЕКГ діагноз – STEMI, наявність цукрового діабету, наявність АГ в анамнезі, патологія нирок, паління, підвищений ІМТ. Шляхом регресійного аналізу нами визначено фактори, які впливають на раннє ускладнення ГІМ при кардіоінтервенційному втручанні (при вчасному приїзді ЕМД).

У таблиці 2 наведено модель, побудовану методом відношення правдоподібності. Так, на першому кроці в модель включено змінну сезон: зима,

весна, літо, осінь, на другому – вік старше 70 років, чоловічу стать, ЕКГ діагноз – STEMI, наявність цукрового діабету, наявність АГ в анамнезі, патологія нирок, паління, підвищений ІМТ.

Нами виявлено значні взаємозв'язки для випадків раннього ускладнення ГІМ при кардіоінтервенційному втручанні, про що свідчать прогнозовані зміни ризику при зміні значення незалежної змінної на одиницю (табл. 2).

На першому кроці дослідження виявлено значущу змінну «літо» ( $\exp(\beta)$  0,596 ( $p = 0,005$ )) та «осінь» ( $\exp(\beta)$  0,707 ( $p = 0,021$ )) – відносний ризик ускладнення знижувався на 41,4% з кожною хвилиною у тих, хто потрапляв на третинний рівень медичної допомоги влітку та на 29,3% – восени. Очевидно, що ризик влітку і восени знижується при приїзді бригади ЕМД до 10 хвилин в місті та 20 хвилин в сільській місцевості, так як дороги в цей час кращі, ніж взимку.

При аналізі другого кроку рівняння, значимими виявились ЕКГ-діагноз (STEMI), який збільшував ризик виникнення ускладнень в 1,9 рази (exp ( $\beta$ ) 1,953 ( $p = 0,002$ )), наявність цукрового діабету – в 4,2 рази (exp ( $\beta$ ) 4,259 ( $p = 0,001$ )), па-

ління – в 2,98 рази (exp ( $\beta$ ) 2,988 ( $p = 0,001$ )) та підвищений ІМТ – в 2 рази (exp ( $\beta$ ) 2,066 ( $p = 0,002$ )).

Оцінки відповідних коефіцієнтів, а також графіки, побудовані для середніх значень незалежних змінних, наведено на рисунках 2 та 3.

Таблиця 2

**Фактори ризику, які впливають на раннє ускладнення ГІМ при кардіоінтервенційному втручанні та при невчасному приїзді ЕМД**

| Крок № | Предиктор                   | Коеф. В | Станд. помил. | Вальд. | ст. св | знач. | Exp ( $\beta$ ) |
|--------|-----------------------------|---------|---------------|--------|--------|-------|-----------------|
| Крок 1 | Сезон                       |         |               | 10,731 | 3      | 0,013 |                 |
|        | Зима                        | 0,044   | 0,158         | 0,079  | 1      | 0,779 | 1,045           |
|        | Весна                       | -0,235  | 0,175         | 1,798  | 1      | 0,180 | 0,791           |
|        | Літо                        | -0,517  | 0,183         | 7,972  | 1      | 0,005 | 0,596           |
|        | Осінь                       | -0,347  | 0,151         | 5,311  | 1      | 0,021 | 0,707           |
| Крок 2 | Вік старше 70 років         | -0,106  | 0,113         | 0,894  | 1      | 0,345 | 0,899           |
|        | ЕКГ-діагноз (STEMI)         | 0,669   | 0,212         | 9,935  | 1      | 0,002 | 1,953           |
|        | Наявність цукрового діабету | 1,449   | 0,296         | 23,983 | 1      | 0,001 | 4,259           |
|        | АГ в анамнезі               | 0,148   | 0,198         | 0,562  | 1      | 0,453 | 1,160           |
|        | Патологія нирок             | 0,215   | 0,188         | 1,313  | 1      | 0,252 | 1,240           |
|        | Паління                     | 1,095   | 0,293         | 13,986 | 1      | 0,000 | 2,988           |
|        | Підвищений ІМТ              | 0,726   | 0,239         | 9,218  | 1      | 0,002 | 2,066           |

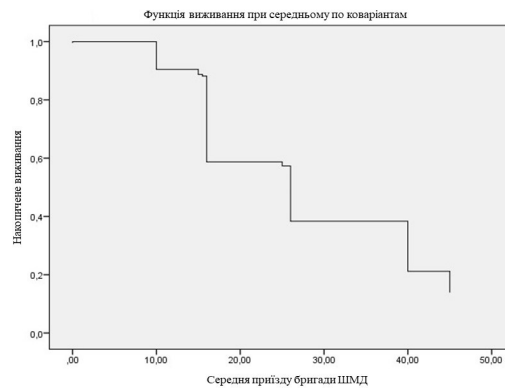


Рис. 2. Залежність ранніх ускладнень ГІМ при кардіоінтервенційному втручанні для середніх значень коваріант приїзду ЕМД

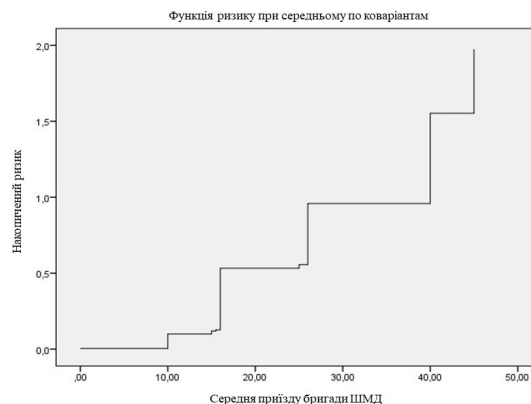


Рис. 3. Функція ризику ранніх ускладнень ГІМ при кардіоінтервенційному втручанні для середніх значень коваріант приїзду ЕМД

Кожна точка і відрізок на кривій виживання засвідчили ймовірність того, що пацієнт потрапляє у ризиковану зону отримання раннього ускладнення ГІМ при кардіоінтервенційному втручанні з кожною хвилиною затримки доїзду бригади ЕМД. Після 10 хвилини іде різке підвищення відносного ризику, який зупиняється на 20 хвилині, після чого кількість пацієнтів у яких буде ускладнення росте.

### ВИСНОВКИ

В результаті виконаного дослідження були визначені фактори ризику виникнення ранніх ускладнень ГІМ при кардіоінтервенційному втручанні.

Факторами, які достовірно збільшують шанси виникнення ускладнень у даної групи пацієнтів виявились:

- літня пора року ВШ становить 8,052 (95% ДІ 4,305–0,232),  $p < 0,001$ ;

- повторний інфаркт міокарда іншої уточненої локалізації (код за МКХ 122.8): ВШ становить 2,15 (95% ДІ 1,224–5,183),  $p = 0,014$ ;

- наявність встановленого ЕКГ-діагнозу STEMI:

ВШ = 2,284 (95% ДІ 1,022–5,103)  $p = 0,027$ ;

- наявний цукровий діабет: ВШ=84,2 (95% ДІ 45,1–157,2)  $p = 0,001$ ;

- наявність супутнього ураження нирок: ВШ = 4,93 (95% ДІ 3,144–7,741)  $p = 0,001$ ;

- паління: ВШ = 19,674 (95% ДІ 10,6–36,4)  $p = 0,001$ ;

- підвищений показник ІМТ: ВШ = 26,754 (95% ДІ 15,572–45,96),  $p = 0,001$ .

Достовірно встановлено, що вчасне прибуття бригади екстреної медичної допомоги зменшує шанси ускладнень від кардіоінтервенційного втручання на 55%: ВШ становить 0,453 (95% ДІ 0,255–0,806),  $p = 0,008$ .

Шляхом регресійного аналізу за Коксом доведено, що кумулятивний ризик виникнення ранніх ускладнень ГІМ при кардіоінтервенційному втручанні збільшувався з 10 хвилини прибуття ЕМД при встановленому ЕКГ діагнозі (STEMI), який збільшував ризик виникнення ускладнень в 1,9 рази  $\exp(\beta)$  1,953 ( $p = 0,002$ ); наявності цукрового діабету – в 4,259 рази,  $\exp(\beta)$  4,259 ( $p = 0,001$ ); палінні – в 2,988 рази,  $\exp(\beta)$  2,988 ( $p = 0,001$ ); підвищеному ІМТ у пацієнта – в 2 рази,  $\exp(\beta)$  2,066 ( $p = 0,002$ ).

### ЛІТЕРАТУРА

1. Bechthold A, Boeing H, Schwedhelm C et al. Food groups and risk of coronary heart disease, stroke and heart failure: A systematic review and dose-response meta-analysis of prospective studies. *Critical Reviews in Food Science and Nutrition*. 2019; 59(7): 1071-1090. DOI:10.1080/10408398.2017.1392288.

2. Zhdan VM; Holovanova IA; Filatova VL et al. Medical evaluation of efficiency of optimized models for early detection and primary prevention of cardiovascular diseases. *Wiad. Lek.* 2017; 70 Pt 1: 433–438.

3. Brunetti ND, Di Pietro G, Aquilino A et al. Pre-hospital electrocardiogram triage with telecardiology support is associated with shorter time-to-balloon and higher rates of timely reperfusion even in rural areas: data from the Bari-Barletta/Andria/Trani public emergency medical service 118 registry on primary angioplasty in ST-elevation myocardial infarction. *European Heart Journal: Acute Cardiovascular Care*. 2014; 3 (3): 204–213. DOI: 10.1177/2048872614527009.

4. Knoery CR, Heaton, J, Polson R et al. Systematic review of clinical decision support systems for pre-hospital acute coronary syndrome identification. *Critical Pathways in Cardiology*: 2020 Mar 11. DOI: 10.1097/HPC.000000000000217.

5. Pil-Sang Song, Myung Ho Jeong. Incidence, Predictors, and Implications of Re-Hospitalization

for Heart Failure after Acute Myocardial Infarction. *Journal of Cardiac Failure*. August 2019; Volume 25, Issue 8, Supplement, Page S151. <https://doi.org/10.1016/j.cardfail.2019.07.435>.

6. Saleh A, El-Amin A, El-Baz M et al. Assessment of Myocardial Viability After Acute ST- Elevated Myocardial Infarction Using Stress Speckle Tracking Echocardiography and Cardiac MRI. *The Egyptian Journal of Hospital Medicine*. 2019; 77 (3): 5173–5182. DOI: 10.12816/ejhm.2019.53303.

7. Zhdan VM, Dvornyk VM, Bielikova IV et al. Epidemiology of diseases of the circulatory system among the population of Poltava region. *Wiadomosci Lekarskie*. 2019; LXXII, 12 (I): 2366–2370. DOI: 10.36740/WLek201912118.

8. Forte E, Punzo B, Gentile Fet al. Normal patterns of left ventricle rest myocardial perfusion assessed by third-generation cardiac computed tomography. *Clin Physiol Funct Imaging*. 2020; 40: 30–36. DOI:10.1111/cpf.12598.

9. Xing Y, Rao N, Miao m et al. Task-State Heart Rate Variability Parameter-Based Depression Detection Model and Effect of Therapy on the Parameters. *IEEE Access*. 2019; 7: 105701–105709; <https://ieeexplore.ieee.org/abstract/document/8784161>.

10. Mostafa M, Attia W, Taha Met al. Assessment of Left Atrial Function in Patients with Non-ST-Segment Elevation Myocardial

Infarction Using Two-Dimensional Speckle Tracking Echocardiography. The Egyptian Journal of Hospital Medicine. 2018; 73 (4): 6562–6570. DOI: 10.12816/ejhm.2018.15418.

11. Khorosh MV, Harkavenko MO, Holovanova IA. Risk factors for development of hypertension in Poltava region. Wiadomosci Lwkarские. 2016; LXIX, № 2, cz. II. p.190–197.

*Стаття надійшла до редакції 30.04.2020*

## ДО 50 РІЧЧЯ СТВОРЕННЯ КАФЕДРИ СОЦІАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ ТА ОРГАНІЗАЦІЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ДЗ «ЗМАПО МОЗ УКРАЇНИ»

Поряд з відновленням і будівництвом нових промислових об'єктів у 50–60 роки минулого сторіччя в Україні прискореними темпами розвивалася соціальна інфраструктура.

У країні щорічно вводилася величезна кількість лікарень, поліклінік, медико-санітарних частин, амбулаторій.

Гострою проблемою стає відсутність достатньої кількості підготовлених керівників для системи охорони здоров'я.

Цю проблему планувалося розв'язати шляхом створення у всіх 16 інститутах удосконалення лікарів Радянського Союзу ка-

федр соціальної гігієни й організації охорони здоров'я. Відповідно до наказу МОЗ СРСР № 795 від 11 листопада 1968 року така кафедра повина бути створена на базі Запорізького інституту удосконалення лікарів.

Керівництво по створенню кафедри соціальної гігієни й організації охорони здоров'я покладається на завідуючого Запорізьким обласним відділом охорони здоров'я к.м.н. Краковського Євгенія Миколайовича, з іменем якого безпосередньо пов'язана непроста історія створення й формування системи медичної освіти в Запорізькій області.



*Краковський Євген Миколайович  
Завідуючий відділом охорони здоров'я Запорізької області  
(1952–1970 роки)*

Першими викладачами на створеній кафедрі стали доцент Підкаменний В. М. і асистент Жовницька Ю. О. На чолі із завідувачем кафедри Є. М. Краковським (призначеним в січні 1970 року)

вони підготували й провели в першому півріччі 1970 року перший двомісячний цикл для організаторів охорони здоров'я, що прибули з різних регіонів Радянського Союзу.



*Перший випуск курсантів циклу спеціалізації за фахом «Організація і управління ОЗ»  
(15.05.1970 рік)*

МОЗ СРСР були затверджені підготовлені ЦОЛПУЛ і інститутом Семашко уніфіковані програми по яких кафедра з 1971 року почала готувати на п'яти двомісячних циклах більше 200 лікарів щорічно.

За поданням кафедри 15.01.1974 року був виданий наказ МОЗ СРСР № 26 "Про затвердження навчальних баз інституту», які знаходилися в Запорізькій, Дніпропетровській, Херсонській та Миколаївській областях. Для регулярної доставки лікарів-слухачів на навчальні бази МОЗ СРСР були виділені автобуси. Зміст та якість організації занять на виїзних базах отримали найвищу оцінку лікарів, що проходили навчання.

Перед колективом викладачів кафедри стояло завдання організації методологічного забезпечення навчального процесу. Було налагоджено плідне співробітництво з спорідненими кафедрами ЦОЛПУЛ, Ленінградського, Алматинського та Казанського державних інститутів удосконалення лікарів. Через міжбібліотечний абонемент кафедра одержала можливість користуватися всією необхідною спеціальною літературою, що перебувала у фондах Центральної медичної бібліотеки Радянського Союзу у Москві.

Були розроблені навчальні і тематичні плани всіх циклів, методичні розробки лекційних, практичних і семінарських занять. Практикувалися ділові ігри, створювалися ситуаційні завдання.

Викладачі регулярно підвищували свою кваліфікацію на кафедрах ЦОЛПУЛ, Ленінградського, а пізніше і Київського державних інститутів удосконалення лікарів.

Усього за 50 років діяльності через кафедру пройшло більше 14 тисяч організаторів охорони

здоров'я всіх категорій.

Сьогодні кафедра соціальної медицини та організації охорони здоров'я є одним із провідних структурних підрозділів ДЗ «Запорізької медичної академії післядипломної освіти МОЗ України», сучасного центру післядипломної освіти та безперервного професійного розвитку лікарів, що має найвищий IV рівень акредитації.

Головне завдання діяльності кафедри – підготовка управлінських кадрів вищої кваліфікації для установ практичної охорони здоров'я, спеціалізованих клінік та відділень, приватних закладів та органів управління охороною здоров'я, а також проведення науково-дослідних робіт та підготовка науково-педагогічних кадрів. На кафедрі використовується сучасне обладнання, нові технології і форми навчання у тісній взаємодії з МОЗ України і управліннями охорони здоров'я, що дає змогу проводити післядипломну підготовку фахівців на високому професійному рівні. Тематика нових циклів охоплює всі сучасні напрямки управлінської науки і практики в галузі охорони здоров'я.

А для слухачів кафедри навчання у нас – це удосконалення професійних знань та опанування нових управлінських технологій в умовах сприятливого навчального клімату і бездоганної колегіальності компетентних викладачів.

За п'ятдесятирічний період роботи кафедри всього було три завідуючих кафедрою.

Першим завідувачем кафедри соціальної гігієни й організації охорони здоров'я (1970–1980 роки) був к.мед.н., доцент Євгеній Миколайович Краковський.



*к.мед.н., доцент Євгеній Миколайович Краковський  
Завідувач кафедри соціальної гігієни й організації охорони здоров'я (1970–1980 роки)*

Майже два десятиліття, Євгеній Миколайович очолював охорону здоров'я Запорізької області, активно розвиваючи мережу обласних медичних закладів, а також приймав безпосередню участь у створенні медичного інституту в Запо-

ріжжі. Це ім'я добре відомо медичним працівникам старшого покоління, воно являє приклад для наслідування молодим.

Є. М. Краковський народився в 1913 році в місті Красний Луч Луганської області. У серпні

1941 року з V курсу Дніпропетровського медичного інституту пішов на фронт військовим лікарем.

Незабаром був призначений начальником відділення евакогоспіталю № 3425, пізніше начальником медслужби військово-санітарного поїзда № 181. В 1944 році Є. М. Краківському присвоїли позачергове звання капітана медслужби й призначили начальником військово-санітарного поїзда. Пройшов з боями всю війну.

Перемогу зустрів у Празі разом із дружиною, військовим фельдшером Ніною Олександрівною. Підполковник медичної служби запасу, після війни закінчив медінститут – вже в Донецьку. Працював у рідній Луганській області.

З 1952 по 1970 роки – завідувач Запорізьким обласним відділом охорони здоров'я.

У 1969 році захистив кандидатську дисерта-

цію на тему: «Ліквідація місцевого аскаридозу в степовій зоні України й масштабах області». Автор 32 наукових праць. Помер у 2000 році на 87 році життя.

За героїчний подвиг на фронтах Великої Вітчизняної війни й багаторічну плідну працю в мирний час, Є. М. Краковський був нагороджений Орденом Червоного Прапора, бойовими медалями "За оборону Києва", "За перемогу над Німеччиною", "За звільнення Варшави", а також медалями й почесними знаками мирного часу. Заслужений лікар України.

Другим завідувачим кафедрою соціальної медицини, організації і управління охороною здоров'я був призначений за конкурсом д.мед.н., професор Посний Василь Федорович.



*д. мед.н., професор Посний Василь Федорович  
Завідувач кафедри соціальної медицини, організації і управління охороною здоров'я  
(1980–2009 роки)*

Народився Василь Федорович в 1939 році в селі Весело-Божедаровка на Дніпропетровщині. Навчався в технічному училищі Дніпродзержинська, служив в армії. Закінчив педіатричний факультет Дніпропетровського Ордена Трудового Червоного прапора медінститут (1961–1967 роки).

В 1974 році в цьому ж інституті захистив кандидатську дисертацію на тему: «Соціально-економічні наслідки виробничого травматизму серед працюючих Нікополь-Марганцевого басейну й шляхи його зниження».

З 1967 року працював заступником головного лікаря з експертизи тимчасової непрацездатності ЦМЛ м. Орджонікідзе.

В 1975 році обраний асистентом кафедри соціальної гігієни й організації охорони здоров'я Запорізького державного інституту удосконалення лікарів.

З 1980 року – завідувач кафедри. Декан санітарно-гігієнічного факультету (1992).

З 1992 по 2004 роки – проректор з наукової роботи інституту.

За період роботи завідувачем кафедри робота кафедри була спрямована на вирішення основних завдань, що стоять перед кафедрою – це виконання виробничого плану підготовки лікарів – курсантів, подальше поліпшення якості їх підготовки, впровадження наукових досягнень у практику охорони здоров'я.

Велику роботу проф. Посний В. Ф. проводив протягом 12 років в інституті, а надалі медичній академії післядипломної освіти перебуваючи на посаді проректора з наукової роботи в плані виконання наукових досліджень, підготовці наукових кадрів (аспірантів, магістрів, клінічних ординаторів), докторів і кандидатів медичних наук.

В 1990 року у ЦОЛІУЛ (м. Москва) захистив докторську дисертацію на тему «Комплексне соціально-гігієнічне дослідження виробничого травматизму гірників марганцевої промисловості й обґрунтування системи заходів для його зниження».

Автор 246 друкованих праць, у т.ч. 7 навчальних посібників, 10 інформаційних листів, 20 методичних рекомендацій, 7 авторських

посвідчень про винаходи. Під його науковим керівництвом підготовлено один доктор і два кандидати медичних наук. Нагороджений медаллю «Ветеран праці» і знаком «Відмінник охорони здоров'я». Помер в 2015 році.

З квітня 2009 року завідувач кафедри соціальної медицини, організації і управління ОЗ та МСЕ Лашкул Зінаїда Василівна, доктор медичних наук, Заслужений лікар України.



*д.мед.н., Заслужений лікар України Лашкул Зінаїда Василівна  
Завідувач кафедри соціальної медицини, організації і управління охороною здоров'я та МСЕ  
(2009 рік по т.ч.)*

Розпочала професійну діяльність в 1967 році по закінченню Кіровоградського медичного училища завідуваючою Інгулецьким фельдшерсько-акушерським пунктом. В 1980 році, закінчивши Запорізький медичний інститут, працювала терапевтом 5-ї міської лікарні, пізніше – заступником головного лікаря обласної клінічної лікарні.

Із серпня 1991 року – заступник начальника обласного управління охорони здоров'я, а з 1998 року по 2005 рік начальник департаменту охорони здоров'я Запорізької ОДА, У якості першого заступника й начальника ДОЗ З. В. Лашкул працювала в цілому близько 15 років.

За період роботи в обласному управлінні охорони здоров'я проявила себе здібним, працюючим на перспективу, організатором охорони здоров'я. За цей період проведена реорганізація надання медичної охорони жителям села, з акцентом на збереження та підвищення якості надання первинної медичної допомоги. Цілий ряд фельдшерсько-акушерських пунктів реорганізовані в сімейні амбулаторії. В області вперше на Україні переведено повністю Михайлівський район на одержання медичної допомоги за принципом сімейного лікаря, на базі якого проведено пілотний проект з участю Європейського Союзу. Під керівництвом Лашкул З. В, проведена реорганізація третього рівня надання медичної допомоги шляхом удосконалення спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги. За цей період, в області створені: центри судинної хірургії, кардіохірургії, ангиографії, мікрохірургії ока, вуха, кінцівок, спортивної травми, ендопротезування, порушень ритму, центри надання невідкладної допомоги хворим на інфаркти та інсульту.

Під керівництвом Лашкул З. В. в області створено центр трансплантації та гемодіалізу. За період роботи центру виконано більше 500 пересадок нирок. Вперше на Україні проведено пересадку серця, одночасну пересадку нирки і підшлункової залози.

Особливу увагу приділено наданню медичної допомоги дітям та матерям. Створення перинатальних центрів, центру медичної генетики, клініки доброзичливої до дитини, реанімаційних відділень на базі пологових будинків та дитячих лікарень, дало можливість значно зменшити малюкову та материнську смертність. Великої уваги приділено створенню центрів реабілітації для дітей, хворих ішемічною хворобою серця, ветеранів ВВВ. Центр реабілітації дітей з ураженням нервової системи, шпиталь для ветеранів ВВВ, по оснащенню та результатам роботи, є одними з найкращих на Україні. З 2001 року область по рейтинговим показникам займала перше, друге місце в Україні.

Лашкул З. В, працюючи організатором охорони здоров'я, постійно займалася практичною та науковою діяльністю. В 2000 році успішно захистила дисертацію на ступінь кандидата медичних наук, висновки дисертації про проведення тромболітичної терапії хворим з гострим інфарктом міокарду на госпітальному та догоспітальному етапах широко використовуються як в області, так і в Україні. Очолюючи кафедру соціальної медицини, організації та управління охорони здоров'я, проявила себе здібним організатором науково-педагогічної роботи, професійним викладачем. З її участю проведено оснащення кафедри, внесені зміни в програму підготовки керівних кадрів з урахуванням вимог реформування охорони здоров'я.



Наукова діяльність кафедри за останні роки присвячена медико-соціальному обґрунтуванню удосконалення роботи лікаря загальної практики/сімейного лікаря в умовах реформування галузі охорони здоров'я. За результатами цієї роботи захищено три кандидатські, одна докторська дисертації, висновки яких використані при підготовці нормативних документів щодо реформи первинної ланки в Україні. З 2018 року розпочато виконання НДР кафедри «Медико-соціальне обґрунтування моделі профілактики захворюваності та смертності дітей та підлітків асоційованих з ризиковою поведінкою». За результатами цієї роботи на кафедрі виконуються дві кандидатські дисертації. Учні Лашкул З. В. на сьогодні активно впроваджують результати наукової роботи в реформування галузі на національному рівні.

В 2016 році Лашкул З. В. захистила докторську дисертацію присвячену одній із актуальних тем, профілактиці артеріальної гіпертензії, результати якої лягли в основу проекту світового банку «Вдосконалення медичної допомоги хворим з хворобами системи кровообігу у Запорізькій області». За період роботи опубліковано біля 200 наукових робіт, 12 монографій.

Кафедра користується авторитетом та попитом серед лікарів. За останні 5 років підготовлено більше 2000 слухачів з різних регіонів України.

За досягнуті результати в 2002 році Лаш-

кул З. В. одержує диплом лауреата Міжнародного Академічного Рейтингу популярності і якості «Золота фортуна». В 2003 році їй присвоєно звання Заслуженого лікаря України.

Орденем "За заслуги III ступеня" (2004), відзначена її робота й робота колективу медичних працівників при ліквідації наслідків аварії на складах боєприпасів у с. Новобогданівка Мелітопольського району. В цьому ж році нагороджена орденем Української Православної Церкви Преподобного Агапія Печерського.

В 2005–2006 роках за наказом МОЗ України, Лашкул З. В. працювала директором Української адміністрації центру реабілітації дітей потерпілих від Чорнобильської катастрофи на Кубі. За цей період роботи Лашкул З. В. нагороджена Орденем «Княгині Ольги III ступеня» .

За вклад в розвиток системи охорони здоров'я Запорізької області нагороджена Орденами третього, другого та першого ступенів, в 2018 році рішенням обласної сесії їй присвоєно звання Почесного громадянина Запорізької області.

Має вищу кваліфікаційну категорію зі спеціальності «Організація і управління охороною здоров'я». За період керівництва кафедрою підготовлено та захищено три кандидатських і одна докторська дисертації.

Автор біля 200 друкованих праць, 8 монографій, 8 методичних рекомендацій, 4 медичних посібників, 2 патентів.

### Співробітники кафедри



*к. мед. н., доцент Авраменко Володимир Сергійович*

Народився в 1939 році у м. Запоріжжя. Закінчив санітарно-гігієнічний факультет Дніпропетровського державного медичного інституту (1962).

У період з 1962 по 1966 роки – завідувач санепідвідділом Пологівської ЦРЛ в Запорізькій області й головний державний санітарний лікар Пологівського району.

З 1966 по 1969 рік навчався в очній аспірантурі на кафедрі гігієни праці Дніпропетровського медичного інституту. Асистент кафедри гігієни праці ДМИ (1969–1970).

У 1970 році обраний на посаду асистента кафедри соціальної гігієни й організації охорони здоров'я Запорізького державного інституту удосконалення лікарів, входив до складу колек-

тиву засновників кафедри. Захистив кандидатську дисертацію на тему – «Гігієна й фізіологія праці при холодній прокатці труб» (1971). На кафедрі працює з дня її заснування.

В цьому році виповнюється 50 років. Автор 217 наукових публікацій у вітчизняних і закордонних виданнях.



*к. мед. н., доцент Курочка Віктор Леонтійович*

Курочка В. Л. закінчив Запорізький медичний інститут, лікувальний факультет у 1982 році. Відповідальний за організацію навчальної та методичної роботи на кафедрі, входить до складу Ради терапевтичного факультету, приймає активну участь у виконанні НДР кафедри. Підвищення педагогічної кваліфікації проходив за індивідуальними планами та на курсах удосконалення в ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України» – «Актуальні питання

медико-соціальної експертизи і реабілітації»; в Національній медичній академії післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика – «Доказова медицина» Вища категорія за спеціальністю організація і управління охороною здоров'я. В 2019 року обраний Секретарем Вченої Ради ДЗ «ЗМАПО МОЗ України».

За значний вклад по підготовці організаторів охорони здоров'я нагороджений Медалью «За розвиток Запорізького краю».



*к. юрид. наук, доцент, адвокат, секретар Комітету медичного і фармацевтичного права та біоетики Національної асоціації адвокатів України  
Сізнцова Юлія Юріївна*

У 2001 році закінчила з відзнакою Запорізький юридичний інститут МВС України. Працювала на посаді дізнавача в Жовтневому РВ МВС України. З червня 2004 року розпочала наукову діяльність, працювала на кафедрі кримінального процесу на посаді викладача.

У 2009 році Сізнцова Ю. Ю. захистила дисертаційне дослідження за темою «Докази у кримінальному процесі: теоретичний аспект та практичне значення в процесі правозастосування»,

а також отримала освітньо-кваліфікаційний рівень магістра за спеціальністю «Педагогіка вищої школи». З 2011 року працює викладачем дисципліни «Медичне право України» на кафедрі соціальної медицини, організації і управління охороною здоров'я та медико-соціальної експертизи ДЗ «ЗМАПО МОЗ України». У 2014 році отримала вчене звання доцента. Продовжує на сьогодні наукову діяльність, а також займається адвокатською діяльністю.



*к. мед. н., старший викладач кафедри Перев'язкіна (Гузенко) Марія Валеріївна*

У 2005 році закінчила з відзнакою Запорізький державний медичний університет. У 2007 році закінчила з відзнакою магістратуру. Працювала в Запорізькому обласному кардіологічному диспансері на посаді лікаря-кардіолога. Працювала в Запорізькому медичному училищі викладачем.

Перев'язкіна М. В. успішно захистила дисертацію за темою «Початкові ознаки нефропатії та ендотеліальна функція у хворих на гіпертонічну

хворобу II стадії та диференційний підхід до нефропротекції» за фахом 14.01.02 – внутрішні хвороби та отримала науковий ступінь кандидата медичних наук.

З 2015 року працює старшим викладачем на кафедрі соціальної медицини, організації і управління охороною здоров'я та медико-соціальної експертизи ДЗ «ЗМАПО МОЗ України». Продовжує на сьогодні наукову роботу, а також займається медичною діяльністю.



*к. мед. н., старший викладач кафедри Чемирисов Володимир Васильович*

У 1981 році закінчив Ленінградський педіатричний медінститут. Працював: дільничним лікарем, лікарем швидкої допомоги, головним лікарем сільської лікарні, завідувачим поліклінікою, молодшим науковим співробітником хірургічного відділення Укр Держ. НДІ МСП.

З 1987 по 2016 роки – асистентом кафедри

«Медико-соціальної експертизи» ФПО Дніпропетровської медичної академії. Вища кваліфікаційна категорія по хірургії.

З вересня 2016 року – викладач кафедри соціальної медицини організації і управління охорони здоров'я та МСЕ.

Автор 260 наукових праць.



*старший викладач кафедри Мотовиця Наталія Яківна,*

Трудову діяльність почала в 1975 році старшим препаратом кафедри оперативної хірургії та топографічної анатомії Запорізького державного інституту удосконалення лікарів ім. М. Горького.

У 1985 році закінчила з відзнакою Запорізький медичний інститут, лікувальний факультет. Працювала лікарем-ординатором кардіологічного, ревматологічного відділень Запорізької міської багатопрофільної клінічної лікарні № 9. З 1991 року, після закінчення клінічної ординатури на кафедрі кардіології ЗДІУЛ ім. М. Горького, працювала лікарем кардіологом філії поліклініки 9-ї міської лікарні на Запорізькому трансформаторному заводі, завідувачем терапевтичним відділенням № 6 полі-

клініки, заступником головного лікаря з медичного обслуговування району, з поліклінічного розділу роботи Запорізької міської багатопрофільної клінічної лікарні № 9.

В 2005–2011 та 2014–2015 роки працювала заступником начальника, начальником управління охорони здоров'я, директором Департаменту охорони здоров'я Запорізької обласної державної адміністрації.

З 2015 по 2018 роки працювала головним лікарем Запорізької міської клінічної лікарні № 10. З серпня 2018 року – старший викладач кафедри соціальної медицини, організації і управління охороною здоров'я та медико-соціальної експертизи ДЗ «ЗМАПО МОЗ України».



*старший викладач кафедри Ярова Любов Дмитрівна*

У 1985 році закінчила Ростовський державний університет за спеціальністю «психологія», за фахом «психолог, викладач».

Працювала викладачем психології у вишах: Павлодарський педагогічний інститут, Мелітопольський педагогічний інститут, Таврійська державна агротехнічна академія.

Має досвід роботи психолога-консультанта. З

2005 по 2013 роки працювала в Запорізькій державній адміністрації на керівних посадах. З 2013 по 2017 рік очолювала Комунальний заклад «Запорізька спеціальна загальноосвітня школа-інтернат № 1» Запорізької обласної ради.

Завдяки Любові Дмитрівні до навчального процесу включені цілий ряд циклів тематичного удосконалення з питань психології управління.



*лаборант кафедри Бірюкова Софія Данилівна*

З 1964 року працювала архіваріусом у Запорізькому державному фармацевтичному інституті (пізніше – лікувальний факультет Запорізького державного медінституту).

З 1967 по 1977 роки – лаборант кафедри фізичного виховання, лаборант військової кафедри.

З вересня 1977 року – лаборант кафедри соціальної медицини організації і управління охорони здоров'я та МСЕ. Нагороджена медаллю «Ветеран праці». Софія Данилівна працює на кафедрі біля 43 років. Користується заслуженим авторитетом серед співробітників академії та курсантів.



*лаборант кафедри Павлютенко Олена Анатоліївна*

З 1998 по 1999 роки навчалась в Центрі професійно-технічної освіти за професією оператор електронної обчислюваної машини.

В 2001 році навчалась у Запорізькому авіаційному коледжі отримала професію секретар-керівника з вмінням роботи на ЕОМ, та знанням архівної справи.

З 2007 по 2013 роки працювала в ДЗ «Заводська санітарно-епідеміологічна станція м Запоріжжя»; 2007 по 2010 роки на посаді Оператора ПК;

2010 по 2013 роки на посаді секретар.

З 2013 по 2014 рік працювала в Центральному відокремлений підрозділ ДУ «Запорізький ОЛЦ ДСЕСУ» на посаді діловод.

З січня 2014 року – лаборант кафедри соціальної медицини організації і управління охорони здоров'я та МСЕ. За цей період освоїла усі інтернет-технології наукової, статистичної, дистанційної роботи кафедри.

#### **Навчально-методична робота кафедри**

З прийняттям Постанови Кабінету Міністрів України від 28 березня № 302 «Про затвердження Положення про систему безперервного про-

фесійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров'я» та нового порядку проведення атестації лікарів, затвердженого наказом МОЗ № 446

з 2019 та 2020 рік введено короткі цикли ТУ з актуальних питань реформування ОЗ з елементами дистанційного навчання, та виїздами в ЗОЗ.

Запроваджені цикли ТУ з елементами дистанційного навчання: «Інноваційні технології системи контролю якості та психології управління», «Фінансово-правові аспекти менеджменту в охороні здоров'я». В 2018 році запроваджено новий цикл ТУ з елементами дистанційного навчання «Актуальні питання громадського здоров'я». В 2019 році розроблено нові недільні цикли ТУ: «Правові та фінансові аспекти реформування системи охорони здоров'я»; «Сучасні вимоги до ліцензування та акредитації закладів охорони здоров'я, ліцензування лікарської практики»; «Психологічні аспекти в роботі медичних працівників в умовах реформування галузі охорони здоров'я»; «Комунальні некомерційні підприємства в системі охорони здоров'я, особливості фінансування та оподаткування» «Актуальні питання медико-соціальної експертизи та реабілітації». Кафедра проводить курс «Медичне право України» для слухачів академії на циклах спеціалізації та передатестаційних» (згідно міжкафедральних протоколів та програми МОЗ).

За програмою навчальної дисципліни «Сучасні концепції розвитку медицини» та «Медичне право» на кафедрі проводиться підготовка докторів філософії зі спеціальності «Медицина» галузі знань «Охорона здоров'я» та навчаються аспіранти кафедри за програмою навчальної дисципліни «Соціальна медицина».

Кафедрою також проводяться лекції для лікарів-інтернів академії: «Організація і управління охороною здоров'я», «Медична психологія», «Медичне право».

На кафедрі запроваджені для використання в навчальному процесі сучасні освітні технології: діалогова система SENTEO; доступ до повнотекстових варіантів світових медичних журналів через Hinari; інтернет-ресурс Skype; інтерактивне обговорення проектів наказів МОЗ з поданням

пропозицій через INTERNET; «Хмарні» технології на сервісі Google; Moodle – віртуальне навчальне середовище; програмне забезпечення Zotero; використання інтерактивної дошки при проведенні лекцій, практичних занять.

З метою покращення професійного викладання з питань фінансування, права та психології управління охорони здоров'я в штат викладачів кафедри додатково укомплектовано економістом, юристом, психологом, епідеміологом.

З 2020 року введені додаткові цикли тематичного удосконалення для фахівців з немедичною освітою (економістів, бухгалтерів, юристів): «Правові та фінансові аспекти реформування системи охорони здоров'я», «Комунальні некомерційні підприємства в системі охорони здоров'я, особливості фінансування та оподаткування». «Сучасні вимоги до ліцензування та акредитації закладів охорони здоров'я, ліцензування лікарської практики»; «Психологічні аспекти в роботі медичних працівників в умовах реформування галузі охорони здоров'я»; «Управління конфліктами»; «Профілактика професійного вигорання».

В рамках реалізації проекту «Поліпшення охорони здоров'я на службі людей», сумісно з представниками ВООЗ підготовлені тренери з питань профілактики неінфекційних хвороб з числа співробітників кафедри та асоціації медсестер Запорізької області. Розроблено навчальний курс «Інтегроване ведення випадків гіпертензії та діабету» для фахівців первинної ланки який запроваджений з 2020 року.

Проведення цієї роботи стало можливим завдяки високому професійному рівні викладачів кафедри, які постійно працюють над підвищенням свого професійного росту. Так, в 2019 році, Лашкул З. В., Мотовиця Н. Я. пройшли стажування на базі Люблінського медичного університету, Чемирисов В. В. на базі університету Рене Декарта та університету Дені Дідро (Франція), Курочка В. Л., Сізінцова Ю. Ю. на базі КМАПО ім. П. Л. Шупика.



*Вітаю співробітників кафедри з ювілеєм та Дякую за плідну роботу!  
Дякую адміністрацію академії за оснащення кафедри та створення умов для роботи,  
як курсантам так і співробітникам кафедри!*

# ДЕРЖАВНИЙ ЗАКЛАД «ЗАПОРІЗЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ»



**Безперервний професійний розвиток  
для лікарів усіх спеціальностей:**

- інтернатура
- спеціалізація
- курси підвищення кваліфікації
- клінічна ординатура
- аспірантура
- стажування

Навчання в Запорізькій медичній академії післядипломної освіти — це удосконалення професійних знань і оволодіння новими медичними технологіями в умовах сприятливого навчального клімату і бездоганної колегіальності компетентних викладачів.

Детальна інформація на сайті академії  
[www.zmapo.edu.ua](http://www.zmapo.edu.ua)



