Міністерство освіти і науки
Національний університет «Острозька академія»
Науково-дослідний центр «Екології людини та охорони громадського здоров'я»
ДУ «Інститут громадського здоров'я імені О. М. Марзєєва НАМН України»
Українська Асоціація Громадського Здоров'я
Світова Федерація Українських Лікарських Товариств
Всеукраїнське Лікарське Товариство
Українська Асоціація Превентивної та Антиейджинг Медицини
Всеукраїнська Екологічна Ліга
Рівненська обласна державна адміністрація
ДУ «Рівненський обласний лабораторний центр МОЗ України»
Рівненський центр розвитку місцевого самоврядування
Akademia im. Jakuba z Paradyża w Gorzowie Wielkopolskim
Państwowa Wyższa Szkoła Wschodnioeuropejska w Przemyślu
Брестский государственный университет имени А. С. Пушкина
Гомельский государственный университет имени Франциска Скорины

DOI 10.25264/ 978-617-7328-67-3/29.11.2018
ISBN 978-617-7328-67-3

Збірник матеріалів тез
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
(з міжнародною участю)

«ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я: ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ»

29 листопада 2018 р.

Collection of abstracts
OF SCIENTIFIC CONFERENCE
(with international participation)

«PUBLIC HEALTH: PROBLEMS AND DEVELOPMENT PRIORITIES»

November 29, 2018.

Острог, 2018 / Ostroh, 2018

УДК 613 / 614 (082)
ББК 51
Г 87

Друкується за ухвалою ради факультету політико-інформаційного менеджменту Національного університету «Острозька академія» Протокол № 4 від 27 листопада 2018 року.

Члени редколегії:

Гущук І. В., кандидат медичних наук, доцент, завідувач кафедри громадського здоров'я Національного університету «Острозька академія»;

Гільман А. Ю., кандидат психологічних наук, старший викладач кафедри громадського здоров'я Національного університету «Острозька академія»;

Крайчинська Г. В., кандидат філологічних наук, доцент, завідувач кафедри міжнародної мовної комунікації Національного університету «Острозька академія»

Максимчук В. В., кандидат філологічних наук, старший викладач кафедри української мови і літератури Національного університету «Острозька академія»;

Романов М. С., доктор юридичних наук, доцент, завідувач кафедри політології та національної безпеки Національного університету «Острозька академія»;

Beizerov V., Fransisk Skorina Gomel State University, Faculty of Psychology and Pedagogy, Dean (Gomel, Belarus);

Delong M., dr hab. prof. PWSW Marek Delong PWSW w Przemyślu- Instytut Stosunki Międzynarodowe (Przemyśl, Poland);

Dvorak V., Fransisk Skorina Gomel State University, Faculty of Psychology and Pedagogy (Gomel, Belarus);

Leonyuk N., PhD of Sciences (Pedagogy), Associate Professor Philosophy Doctor (PhD) in Pedagogy, Dean (Brest, Belarus);

Michno J., dr, Państwowa Wyższa Szkoła Wschodnioeuropejska w Przemyślu (Przemyśl, Poland);

Olak A., dr. h.c. prof. nadzw. dr hab. Antoni OLAK PWSW w Przemyślu – Kierownik Zakładu Socjologii Zarządzania Kryzysowego (Przemyśl, Poland);

Uchto H., dr, Akademia im. Jakuba z Paradyża w Gorzowie Wielkopolskim (Gorzów Wielkopolski, Poland);

Uchto-Żywica B., dr, Akademia im. Jakuba z Paradyża w Gorzowie Wielkopolskim (Gorzów Wielkopolski, Poland).

Г 87

Громадське здоров'я: проблеми та перспективи розвитку : збірник матеріалів тез науково-практичної конференції (з міжнародною участю) / за ред. І. В. Гущука, А. Ю. Гільман, Г. В. Крайчинської, В. В. Максимчука, М. С. Романова та ін. Острог : Вид-во Національного університету «Острозька академія», 2018. 226 с.

DOI 10.25264/ 978-617-7328-67-3/29.11.2018

ISBN 978-617-7328-67-3

У збірнику висвітлені актуальні проблеми, пошуки і знахідки в різних сферах теорії і практики громадського здоров'я. Зміст збірника торкається багатьох питань загального та спеціального характеру, промоції здоров'я, гігієна довкілля, медична екологія, епідеміології та біостатистики, менеджменту в охороні здоров'я, окремих аспектів психічного здоров'я, економіки охорон здоров'я, медичного права та біоетики та ін.

Рекомендовано науковцям, лікарям, психологам, викладачам, аспірантам, лаборантам, студентам та всім, хто зацікавлений у галузі громадського здоров'я.

УДК 613 / 614 (082)
ББК 51

Редакція може не поділяти думку авторів і не несе відповідальність за достовірність інформації. Відповідальність за фактичні помилки, достовірність інформації та точність викладених фактів несуть автори.

Адреса редакції: Національний університет «Острозька академія»,
Україна, 35800, Рівненська обл., м. Острог, вул. Семінарська, 2.
Тел. (+38067) 771 28 70, **e-mail:** 35800@ukr.net.

DOI 10.25264/ 978-617-7328-67-3/29.11.2018
ISBN 978-617-7328-67-3

© Автори, 2018
© Видавництво Національного університету «Острозька академія», 2018

Секційне засідання № 1

«ГІГІЄНА ДОВКІЛЛЯ, МЕДИЧНА ЕКОЛОГІЯ, СОЦІАЛЬНО-ГІГІЄНІЧНИЙ МОНІТОРИНГ, ОЦІНКА МЕДИКО-ЕКОЛОГІЧНИХ РИЗИКІВ»

Аронова Д. О.

ВРЕГУЛЮВАННЯ ПИТАНЬ МІЖНАРОДНИХ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я /МІЖНАРОДНОГО ПОШИРЕННЯ ХВОРОБ/ ЯК ЗАПОРУКА НАЦІОНАЛЬНОЇ БЕЗПЕКИ ДЕРЖАВИ

Надзвичайні ситуації в сфері охорони здоров'я знаходяться серед найсерйозніших ризиків для глобальної економіки безпеки, заявив на зустрічі Великої двадцятки (G-20) Генеральний директор ВООЗ Т. Гебрейесус [1]. Пандемії, надзвичайні ситуації в сфері охорони здоров'я і слабкість систем охорони здоров'я загрожують не тільки людськими втратами, але й серйозними загрозами для світової економіки й глобальної безпеки, оскільки ці виклики не зважають на державні кордони і національні інтереси, вразливість однієї людини робить незахищеними усіх.

Історичним прикладом цього є епідемія чуми, яка в минулі століття забрала сотні мільйонів людських життів і залишила після себе моторошні спомини; епідемія «іспанки» сто років тому, 1918 року, забрала понад 50 мільйонів життів. Епідемія атипової пневмонії (тяжкого гострого респіраторного синдрому, SARS) у 2000-х роках, яка мала міжнародне значення, обійшлась світовій економіці в 60 млрд. дол. США (всього за даними ВООЗ у 35 країнах світу було виявлено понад 8 тис. випадків захворювання, з яких понад 900 закінчилися смертю хворих, летальність склала більше 10%). Незважаючи на значні досягнення у боротьбі з тропічними хворобами, багато з них (жовта гарячка, хвороби, які спричиняють віруси Ебола й Марбург, гарячки Ласса, Західного Нілу й інші) зараховують до тих, які виявили здатність чинити серйозний вплив на здоров'я населення й можуть швидко поширюватися в міжнародних масштабах, і створювати надзвичайну ситуацію в галузі охорони здоров'я. Викликами сучасній охороні здоров'я стали спалахи пташиного грипу, пандемічного поширення грипу H1N1, вірусу Зіка, повертаються так звані «забуті» хвороби: холера, дифтерія. Щомісяця ВООЗ реєструє приблизно 3 000 таких сигналів, але лише невелика їх частина стає відома в усьому світі. Це вимагає від усіх країн світу й Україні оперативного та адекватного реагування на існуючі виклики здоров'ю людей, забезпечення своєчасного та адекватного надання медичної допомоги населенню.

Безпека в сфері охорони здоров'я та готовність номер один до надзвичайних подій, повинні бути безперервними, інакше, на думку Генерального директора ВООЗ Т. Гебрейесуса: «Епідемій буде дві: одна буде викликана вірусом, друга – страхом». [1] «Ми повинні мати можливість для прогнозування пандемій та інших надзвичайних ситуацій в сфері охорони суспільного здоров'я», – заявив він [2]. Це питання національної безпеки та національних інтересів кожної держави й світу в цілому, у забезпеченні сталих безпечних умов життєдіяльності громадян.

Статут ООН [3] та Статут (Конституція) ВООЗ [4] проголошують, що здоров'я всіх народів є основним чинником у досягненні миру та безпеки і залежить від співробітництва окремих осіб і держав, спрямованого на вирішення міжнародних проблем економічного, соціального, гуманітарного характеру тощо.

Установчим міжнародним документом, що регулює питання реагування на надзвичайні події, що можуть становити загрозу здоров'ю населення та мати міжнародне значення, є Міжнародні медико-санітарні правила *(Женева, 23 травня 2005 р.)* [5] – міжнародний договір (міжнародний закон), що встановлює глобальні правила в сфері охорони здоров'я з метою посилення медико-санітарної без-

пеки на національному, регіональному і міжнародному рівнях. Виконувати правила зобов'язалися 194 держави.

Відмінною особливістю останньої редакції ММСП є докорінна зміна акцентів реагування на надзвичайні події у сфері охорони здоров'я: від переліку інфекцій та контролю на кордонах до реагування на усі нині визначені міжнародні загрози населенню XXI століття: *інфекційні хвороби, що можуть спричинити епідемії* (за визначеним Правилами списком); *хвороби харчового походження* (наприклад, хвороба Крейтцфельда Якоба, пов'язана з губчатою енцефалопатією великої рогатої худоби); *спалахи хвороб, обумовлені випадковим або навмисним викидом збудників інфекцій* (наприклад, тяжкого гострого респіраторного синдрому, пов'язана з лабораторною діяльністю чи розповсюдження збудника сибірки через поштові відправлення в США 2001 р.); *хімічні аварії або надзвичайні ситуації, пов'язані з викидом токсичних речовин; радіаційні аварії* (як, наприклад, Чорнобильська катастрофа, аварія на японській АЕС «Фукусіма-1» тощо); *екологічні лиха.*

На національному рівні питання щодо реагування на надзвичайні ситуації у сфері охорони здоров'я, у тому числі надзвичайні ситуації міжнародного значення/глобального масштабу, регулюються двома основними законодавчими блоками: у сфері цивільного захисту населення та у сфері охорони здоров'я.

22 серпня 2011 року Кабінетом Міністрів України була прийнята Постанова № 893 «Про затвердження Правил санітарної охорони території України» [7], положення якої повністю відповідають вимогам ММСП і стали підґрунтям створенню системи заходів, спрямованих на запобігання занесення та розповсюдження особливо небезпечних, карантинних, інфекційних хвороб та надзвичайних подій (радіаційних, хімічних, екологічних тощо), що можуть становити загрозу здоров'ю населення і мати міжнародне значення.

На сьогодні, реалізуючи Угоду про асоціацію між Україною та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами на 2014-2017 роки (глава 22 розділу V про співробітництво в галузі охорони здоров'я) в Україні створено державну установу «Центр громадського здоров'я МОЗ України». Місія Центру – забезпечення якості життя й здоров'я населення України шляхом профілактики захворювань, захисту й зміцнення здоров'я українців, протидії потенційним загрозам здоров'ю, ефективної відповіді на надзвичайні події у сфері громадського здоров'я, запровадження інформаційної та комунікаційної політики.

Розпорядженням КМУ від 30 листопада 2016 р. № 1002-р схвалено Концепцію розвитку системи громадського здоров'я [8], у якій вказано, що через розгалуженість і нескоординованість системи громадського здоров'я не виконують на належному рівні ММСП, імплементація яких у систему охорони здоров'я країни є частиною зобов'язань щодо європейської інтеграції України, тому на часі прийняття закону про систему громадського здоров'я в Україні.

Україна повинна переорієнтувати фокус системи охорони здоров'я від політики лікування до політики зміцнення здоров'я й попередження хвороб, на що й покликана розбудова системи громадського здоров'я в Україні. Окрім цього законодавство у сфері санепідблагополуччя системно не переглядалось майже 30 років і потребує комплексної модернізації. За цей час відбулося багато змін.

По-перше, змінилися міжнародні підходи в цій сфері та безпосередньо підходи ВООЗ до забезпечення санітарного й епідемічного благополуччя у світі та Європейському регіоні ВООЗ шляхом формування законодавства про громадське здоров'я, яке базується на принципах пріоритетності збереження здоров'я людини та безпечності середовища її життєдіяльності.

По-друге, Україна підписала Угоду про асоціацію з ЄС та взяла на себе низку міжнародних зобов'язань: у частині гармонізації положень національного законодавства, у сфері санепідблагополуччя і громадського здоров'я з вимогами відповідних правових актів ЄС.

По-третє, проведена Урядом у 2014 році оптимізація системи центральних органів виконавчої влади, у ході якої було ліквідовано Державну санітарно-епідеміологічну службу, відбулася без внесення змін до Закону України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» й інших законів, що регулюють відповідні правовідносини органів влади та суб'єктів господарювання.

З огляду на те, що роль державного управління охороною здоров'я у формуванні громадського здоров'я та національної безпеки беззаперечна, потрібно вживати всіх необхідних заходів для управлінської ефективності та державницького підходу у вирішенні питань протидії загрозам міжнародного характеру у сфері охорони здоров'я та функціонування налагодженої системи цим загрозам в Україні.

З огляду на вищевикладене можна зробити наступні висновки:

1. Система реагування та протидії надзвичайним ситуаціям у сфері охорони здоров'я як на міжнародному, так і на національному рівні та її ефективність – це питання національної безпеки та національних інтересів кожної держави й світу загалом.

2. Інфекційні хвороби є загальномедичною проблемою, яка потребує більшої уваги з боку держави й органів охорони здоров'я.

3. Потребують термінового вирішення питання біологічної безпеки та біологічного захисту, особливо в контексті нових ризиків, що виникають у глобалізованому світі, та в контексті оборони й безпеки.

4. Потребує оновлення національне законодавство з питань санітарного й епідемічного благополуччя.

5. На часі законодавче закріплення засад державної політики у сфері громадського здоров'я та прийняття закону про систему громадського здоров'я.

Література:

1. Електронний ресурс. – Режим доступу : http://www.who.int/dg/speeches/2017/g20-summit

2. Електронний ресурс. – Режим доступу : http://www.who.int/dg/priorities/emergencies/ru/

3. Статут Організації Об'єднаних Націй // [Електронний ресурс]. – Режим доступу : 0

4. Статут (Конституція) Всесвітньої організації охорони здоров'я // [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://zakon.rada.gov.ua/rada/show/995_599

5. Міжнародні медико-санітарні правила (Женева, 23 травня 2005 р.) // [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/897_007

6. Кодекс цивільного захисту України (Закон України від 2.10.2012 р. № 5403-VI) // [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://zakon.rada.gov.ua/rada/show/5403-17

7. Постанова КМУ (22 серпня 2011 року № 893) «Про затвердження Правил санітарної охорони території України» // [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://zakon.rada.gov.ua/rada/show/893-2011-%D0%BF

8. Розпорядження КМУ (від 30 листопада 2016 р. № 1002-р) «Про схвалення Концепції розвитку системи громадського здоров'я» // [Електронний ресурс]. – Режим доступу : https://www.kmu.gov.ua/ua/npas/249618799

Вадзюк С. Н., Болюк Ю. В.

ХАРАКТЕРИСТИКА САМОПОЧУТТЯ, АКТИВНОСТІ ТА НАСТРОЮ У СТУДЕНТІВ 2 КУРСУ З РІЗНИМ СТУПЕНЕМ ЗАПАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ ЯСЕН

Можливості нашого мозку і процеси, що в ньому відбуваються, дотепер вивчені тільки частково. Все більш актуальними стають дослідження спрямовані на виявлення впливу певних фізіологічних та психологічних особливостей на найрізноманітніші аспекти життя, здоров'я та адаптації людини до змінних умов. Різні психологічні характеристики можуть впливати на схильність до певних патологій, зокрема і захворювань пародонта. Тому необхідним є моніторинг розподілу різних психологічних особливостей серед осіб з ураженим пародонтом. Особливу увагу слід звернути на студентів. Адже вони відносяться до прошарку населення, що знаходиться під постійним впливом стресових чинників, а поширеність запальних та запально-дистрофічних захворювань постійно зростає.

Мета роботи. Аналіз розподілу показників оцінки самопочуття, активності та настрою серед осіб віком 18-23 років з різним ступенем запального процесу ясен.

Матеріали і методи. У дослідженні взяли участь 118 осіб віком 18-23 років. Ступінь запалення ясен визначали за допомогою папілярно-маргінально-альвеолярного індексу PMA в модифікації Parma (1960). Згідно з отриманими показниками обстежених було поділено на три групи: 1 – без ознак запального процесу (контрольна група), 2 – з легким ступенем запалення, 3 – із середнім ступенем запалення ясен. Серед усіх обстежених було проведено психологічне тестування для оцінки самопочуття, активності та настрою за методикою В. Доскіна та Н. Лаврентієвої.

Результати. Згідно з отриманими даними знижені показники самопочуття були виявлені у 3,85±1,64 % студентів із здоровим пародонтом, 14,58±2,26 % та 11,11±2,76 % осіб з легким та середнім ступенем запального процесу ясен відповідно. Відсоток обстежуваних із погіршеним самопочуттям достовірно вищий серед другої групи, порівняно з контрольною групою ($p<0,01$). Аналогічно знижені значення оцінки активності спостерігалися частіше серед студентів із легким ступенем запалення ясен (25,0±2,51 % осіб), ніж у групі контролю (17,31±2,3 %), з достовірністю $p<0,05$. Достовірної різниці у групі осіб із середнім ступенем запального процесу не виявлено. Аналіз розподілу показників настрою не показав значних відмінностей між групами.

Висновки. Таким чином, виявлено високий відсоток осіб зі зниженими показниками оцінки самопочуття та активності серед студентів із легким ступенем запалення ясен, що може свідчити про вплив психологічних особливостей на розвиток захворювань пародонта у молодих осіб.

Вадзюк С. Н., Папінко І. Я., Горбань Л. І.

ОЦІНКА РІВНЯ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ В МОЛОДИХ ОСІБ РІЗНОГО СОМАТОТИПУ

Проблема артеріальної гіпертензії (АГ) та її розповсюдження серед осіб різних вікових груп на сьогоднішній день є важливим питанням діагностики та профілактики серцево-судинних патологій. В даний час вважається встановленим факт суттєвого росту поширеності АГ у молодому віці. АГ не відноситься до числа виключно спадкових захворювань, адже в її реалізації беруть участь різноманітні чинники і механізми регуляції сталості артеріального тиску (АТ). Виникнення та перебіг АГ також тісно пов'язані з наявністю факторів ризику: спадковість, психоемоційні навантаження, куріння, незбалансоване харчування, надлишкове вживання алкоголю, надмірна маса тіла і малорухомий спосіб життя.

Соматотип людини формується в ембріональному періоді і є генетично обумовленим та не змінюється протягом усього життя. Вікові зміни, різні хвороби, фізичне навантаження можуть змінювати розміри тіла, але не соматотип. Кожен соматотип характеризується рівнем та особливістю обміну речовин (переважним розвитком м'язової, жирової або кісткової тканини), схильністю до певних захворювань, а також психофізіологічними відмінностями.

Схильність до розвитку АГ очевидно може бути різною у людей з певним соматотипом. Тому особливо актуальним є виявлення цього зв'язку в молодих осіб різних соматотипів для своєчасного виявлення і профілактики розвитку АГ.

Метою роботи було оцінити рівень артеріального тиску серед молодих осіб віком 18-22 роки з різними соматотипами.

Матеріали та методи дослідження. Нами було обстежено 326 молодих людей віком 18-22 роки. Артеріальний тиск вимірювали методом Короткова у спокійному стані після 5-хвилинного відпочинку. Реєстрували середній результат, після трикратного вимірювання.

Для оцінки результатів користувалися класифікацією артеріальної гіпертензії за рівнем АТ (ВООЗ 1999 р.).

Визначення соматотипу людини проводили за методикою J. Carter і B. Heath (1990), рекомендованою для осіб обох статей. Кожен компонент соматотипу визначали розрахунковим методом. Статистичну обробку результатів дослідження проводили за допомогою MS Excel, використовуючи програму Analyst Soft Stat Plus 6.

Результати роботи. Серед усіх обстежених в 16,9 % величина систолічного АТ перевищувала 130 мм рт. ст., і (або) діастолічного – вище 85 мм рт. ст. З них 65,1 % осіб чоловічої статі та 34,9 % жіночої статі. У решти обстежуваних АТ відповідав оптимальному та нормальному рівню за класифікацією ВООЗ.

За результатами антропометрії нами виділено 6 змішаних соматотипів: екто-мезоморфний, екто-ендоморфний, мезо-ектоморфний, мезо-ендоморфний, ендо-ектоморфний і ендо-мезоморфний.

Встановлено, що найбільш поширеним соматотипом серед обстежених з високим АТ був мезо-ендоморфний (38 %), 18 % мали екто-ендоморфний, 15 % – ендо-мезоморфний, 12 % – екто-мезоморфний, 10 % – ендо-ектоморфний і 7 % становили мезо-ектоморфи.

Висновок: таким чином, в осіб з переважанням ендоморфного компоненту в соматотипі, ймовірно є більш висока схильність до розвитку артеріальної гіпертензії, що, скоріш за все, пов'язано з особливостями нервової та гуморальної регуляції судинного тонусу.

Гандзюк О. В.

РОЗВИТОК ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я НА РІВНЕНЩИНІ

На Рівненщині розпочав роботу новий заклад – обласний Центр громадського здоров'я. Зважаючи на те, що нині медична галузь робить акцент на профілактику, роль цієї структури в системі охорони здоров'я жителів області надзвичайно велика, як і перспективи та завдання, котрі вона перед собою ставить.

Профілактичний напрямок роботи в нашій країні довгий час ігнорували, тож зрештою ми змушені констатувати: популяризувати здоровий спосіб життя та запобігати хворобам нині фактично нікому. Система охорони здоров'я практично не враховує інтереси здорового населення, оскільки в основному працює з клінічними випадками та із хворими. Це, загалом, правильно, але внаслідок такого підходу здорове населення залишається поза увагою медиків.

Натомість в усьому світі успішно працює система підтримки громадського здоров'я, тому й вирішили створити відповідну структуру в нашій країні.

Рівненщина стала першою областю в Україні, де відкрили Центр громадського здоров'я. Модель закладу, розроблену нашими фахівцями, визнали базовою, саме її МОЗ запропонувало як зразок для всієї країни, хоча водночас кожна область має можливість враховувати власні ресурси та можливості. Перед нами ж постало завдання переформатовати роботу складових Центру громадського здоров'я та сформувати нові підходи до діяльності.

Основне завдання Центру – подовження тривалості життя населення за рахунок профілактики найпоширеніших і найнебезпечніших захворювань. Наприклад, ми звикли епідеміологію пов'язувати лише з інфекцією, а ось напрямок епідеміології неінфекційних захворювань у нас абсолютно не розвинутий. При цьому 86% випадків смертності спричиняють серцево-судинні захворювання, цукровий діабет, онкопатології та респіраторні захворювання, трохи менше – травматизм та інфекційні хвороби.

Центр громадського здоров'я Рівненщини об'єднав кілька закладів. Його основою став Центр здоров'я, головним завданням якого було розповсюдження інформаційних матеріалів щодо профілактики захворювань. Слід зізнатися: заходи та методи, що застосовували раніше, були не надто ефективними, тому нині ми хочемо змінити підхід до цієї роботи. Зокрема, використовуватимемо офіційну інформацію, розповсюджуватимемо її за допомогою тих засобів, які наразі стали доступними завдяки повсюдному впровадженню інтернету та поширенню соціальних мереж тощо.

До складу новоствореного закладу також увійшов колишній Обласний інформаційно-аналітичний центр медичної статистики. На жаль, інформаційні системи не лише в нашій області, а й в усій країні поки що не інтегровані в єдину систему. Тому статистична звітність у нас існує паралельно, тобто звіти не пов'язані між собою, відповідно, немає цілісного бачення картини та можливості порівнювати дані. Тож впровадження єдиної інформаційної системи – головне завдання цього напрямку роботи. Другий момент – встановлення інформаційних систем, які працюють у режимі онлайн, що дуже важливо для виявлення й нейтралізації вогнищ захворювання.

Узагалі ж Центр статистики як основна складова Центру громадського здоров'я має багато завдань, і вони дуже складні, бо нові для цієї структури. Так, ми вміємо збирати статистичні дані, але важливо їх ще й якісно опрацювати, розробити план заходів, оцінити результат. Причому, це має бути замкнутий цикл, котрий допоможе надавати якісну послугу, яку я назвала б медичним аудитом, а вже на підставі наших даних відповідні установи чи органи прийматимуть необхідні рішення.

Щодо Центру СНІДу, який також став складовою обласного Центру громадського здоров'я, то хочу зауважити: наш заклад працюватиме тільки зі здоровим населенням, а пацієнтів Центру СНІДу обслуговуватимуть у спеціально створених відділеннях багатопрофільних лікарень.

Наказ міністерства охорони здоров'я України № 2012 від 02.11.2018 «Про затвердження Примірного Статуту та Примірної структури центру громадського здоров'я (обласного, міст Києва та Се-

вастополя)» чітко визначає функції обласного центру громадського здоров'я та структуру, яка точно відповідає основним завданням.

Література:

1. Рівненщина: запрацював Центр громадського здоров'я [Електронний ресурс] / Д. Романюк // Ваше здоров'я – 2018. – № 43-44. – Режим доступу до журн. : https://www.vz.kiev.ua/rivnenshhyna-zapratsyuvav-tsentr-gromadskogo-zdorov-ya/. – Назва з титул. екрану.

Гончаров В. О., Бондаренко Д. А., Максименко Ю. А.

ПРОБЛЕМА ОТРУЄНЬ НАСЕЛЕННЯ ДИКОРОСЛИМИ ГРИБАМИ НА ПРИКЛАДІ ОДЕСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Україна належить до країн, де вживання грибів є традиційним. Щорічно в грибний сезон мешканці міст та сіл виходять на «тихе полювання» на дикорослі гриби (далі – ДГ) та щорічно до лікарень потрапляють люди з симптомами отруєння грибами [1, 2]. На жаль, не завжди лікарям вдається врятувати життя потерпілих [3].

Фахівці ДУ «Одеський обласний лабораторний центр Міністерства охорони здоров'я України» щороку проводять епідеміологічні розслідування випадків отруєнь ДГ та санітарно-роз'яснювальну роботу з профілактики отруєнь серед населення області. Так, тільки в 2017 р. провели 28 лекцій, 4 виступи по телебаченню, 1 прес-конференція, 1 круглий стіл, підготували 26 санітарних бюлетенів. Але, як видно з Табл. 1, зазначена проблема в області залишається актуальною й сьогодні. Всі згадані випадки отруєнь були пов'язані із вживанням ДГ, зібраних потерпілими або куплених ними на стихійних ринках. Найбільше всього потерпілих зареєстровано в 2010 р., найбільша кількість смертей в результаті отруєння – в 2008 р.

Таблиця 1

Динаміка отруєнь грибами в Одеській області протягом 2008-2017 рр.

	2008	**2009**	**2010**	**2011**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**
Усього випадків	27	6	28	5	7	21	10	2	11	11
Потерпілих	30	9	56	13	9	23	19	3	24	17
Померло	50	0	4	1	1	0	0	0	2	0

З метою вивчення контингенту та обставин, що сприяли отруєнню, провели аналіз даних про випадки отруєння ДГ за останні 2 роки (2016-2017 рр.). У дослідженні використали інформацію із заключних повідомлень про випадки отруєння грибами, що надавали за результатами епідеміологічних розслідувань на Міністерство охорони здоров'я України (далі – МОЗ України) згідно з наказом МОЗ України від 23.05.2002 р. № 190 «Про надання позачергових повідомлень Міністерству охорони здоров'я України».

Проведене нами дослідження показало, що приблизно половина всіх випадків отруєнь ДГ по області за вищезазначений період припадала на м. Ізмаїл та Ізмаїльський район (11 випадків). Приблизно чверть випадків припадала на Арцизький район (5 випадків). В інших районах реєструвались поодинокі випадки (Болградський район – 2 випадки; Б. Дністровський, Любашівський райони, м. Подільськ, м. Южне – по 1 випадку).

Щодо сезонності отруєнь, то загальна частка отруєнь припадала на кінець весни – початок літа (травень – 6 випадків та 9 потерпілих; червень – 2 випадки та 4 потерпілих) та другу половину осені – початок зими (жовтень – 4 випадки та 7 потерпілих; листопад – 7 випадків та 17 потерпілих; грудень – 2 випадки та 2 потерпілих; січень – 1 випадок та 2 потерпілих).

Майже всі випадки отруєнь ДГ (20 випадків) були пов'язані з власноручним збиранням та приготуванням ДГ потерпілими, і тільки в 1 випадку – з придбанням невідомих грибів на стихійному ринку. Найчастіше місцем збирання ДГ потерпілі вказували поля, подвір'я будинків, узбіччя доріг, лісосмуги, ліси. Привертає до себе увагу те, що в 13 випадках з 22 потерпілі не були впевнені, які ж саме ДГ вони збирали (13 випадків).

Аналіз соціального стану потерпілих свідчить про те, що переважна частина – це соціально незахищені верстви населення, і тільки чверть (10 осіб) – належала до контингенту людей, які працюють. Так, приблизно третину потерпілих складали безробітні (12 осіб), п'яту частку – пенсіонери (8 осіб). Троє

з потерпілих – жінки в декретній відпустці. Слід зазначити, що любов рідних до «тихого полювання» відбивається і на їх дітях. П'ята частка потерпілих (8 осіб) – діти, які є членами сімей потерпілих.

Таким чином, аналіз статистичних даних показав, що:

– потерпілі від отруєнь ДГ надходили до лікарняних закладів із різних населених пунктів Одеської області;

– майже всі випадки отруєнь ДГ були пов'язані із тим, що потерпілі самостійно збирали (в полях, лісосмугах, лісі, на подвір'ї будинків, узбіччі доріг) та власноручно готували страви з них;

– загальна частка отруєнь припадала на кінець весни – початок літа та другу половину осені – початок зими;

– дві треті потерпілих не були впевнені, які саме гриби вони збирали;

– більшість потерпілих належали до соціально незахищених верств населення (безробітні, пенсіонери);

– п'ята частка – діти з потерпілих сімей.

Література:

1. Білоусова М. Л., Павлова В. М. Про стан отруєнь населення Донецької області дикорослими грибами // Тези доповідей Науково-практичної конференції присвяченої чотирнадцятим марзєєвським читанням «Актуальні питання громадського здоров'я та екологічної безпеки України» (11-12 жовтня 2018р.). Зб. тез доп., Вип.18 // орг-комітет: А. М. Сердюк (голова) [та ін.]. – К.: «Рекламне агентство TR Studio», 2018. – С. 200–202.

2. Матеріали про грибні отруєння серед населення України: монографія / О. І. Циганенко, І. Т. Матасар, Л. І. Григор'єва ; ред. В. Г. Передерій. – К. : [б. и.], 1997. – 100 с.

3. Недашківський С. М. Отруєння грибами: діагностика, патофізіологія, клінічні прояви та невідкладна допомога. Сучасні підходи // Медицина невідкладних станів. – 2014. – № 2(57). – С. 95–101.

Грузєва Т. С.

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ РОЗВИТКУ ОСВІТНЬОГО НАПРЯМУ ТА КАДРОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СИСТЕМИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Стратегічні завдання глобального рівня щодо досягнення міцного здоров'я і благополуччя населення, скорочення нерівності в здоров'ї та його охороні окреслено низкою документів ООН, ВООЗ, ЄРБ ВООЗ, насамперед: «Перетворення нашого світу: Порядок денний у сфері сталого розвитку на період до 2030 року, «Здоров'я – 2020: Основи політики і стратегія», «Здійснення концептуального бачення політики Здоров'я – 2020: стратегічне керівництво в інтересах здоров'я в XXI столітті. Реалізація задуманого» тощо [1-3].

Світове співтовариство веде пошук шляхів вирішення численних соціальних, економічних, екологічних, технологічних, політичних, культурологічних та інших проблем, пов'язаних зі здоров'ям. При цьому, закцентовано увагу на необхідності застосування комплексного підходу, який передбачає міжсекторальне співробітництво, зміцнення систем охорони здоров'я, інтеграцію різних медичних та немедичних служб, стратегічне управління, загальнодержавний підхід, підхід за участю усього суспільства, погляд у майбутнє, інноваційність, опора на фактичні дані, інклюзивність, колективний характер дій, адаптивність, оцінювання та підзвітність.

Одним з загальновизнаних дієвих шляхів збереження і зміцнення здоров'я населення є розвиток системи громадського здоров'я, пріоритетне інвестування у дану сферу. Стратегічні напрями реформування вітчизняної охорони здоров'я України передбачають формування сучасної системи громадського здоров'я відповідно до пріоритетів державної політики, рекомендацій міжнародних організацій в охороні здоров'я та кращого світового досвіду [4].

В Україні ведуть обгрунтування та розробку нормативно-правової бази розбудови системи громадського здоров'я, що затверджена Концепцією розвитку системи громадського здоров'я, примірні положення про національний та регіональні центри громадського здоров'я, розроблено проект закону України «Про систему громадського здоров'я» [5-7].

Поступальний розвиток системи громадського здоров'я передбачає формування її інституційної структури, ресурсного, зокрема, кадрового потенціалу, що є необхідною умовою успішної реалізації покладених на систему функцій.

З огляду на це, одним з важливих завдань є формування людських ресурсів служби громадського здоров'я. Воно передбачає реалізацію широкого кола питань, зокрема, планування, управління, навчання і регулювання кадрів громадського здоров'я. У цьому аспекті необхідним є ситуаційний аналіз етапів розвитку кадрових ресурсів громадського здоров'я в країні, враховуючи їх наявність, розподіл, збереження, продуктивність праці, потреби та результати надання послуг; аналіз планування стратегії розвитку кадрів та її реалізації; моніторинг та оцінка системи управління трудовими ресурсами, враховуючи практику залучення та утримання; їх фінансування; освіта у сфері громадського здоров'я; сприяння лідерству та формування структур і угод для стратегічних партнерів у розвитку кадрових ресурсів для охорони здоров'я. Оцінка кадрових ресурсів громадського здоров'я, прогнозування потреб у цій сфері. Планування і моніторинг вимагають постійного діалогу між усіма зацікавленими сторонами, враховуючи державні та недержавні структури.

Безперечно, освітня діяльність є необхідною складовою процесу формування людських ресурсів системи громадського здоров'я. Спеціальність «громадське здоров'я» внесено до переліку спеціальностей, за якими здійснюють підготовка фахівців вищої освіти, а також затверджено План заходів щодо реалізації Концепції, який передбачає створення освітніх стандартів, проектів навчальних планів, програм підготовки фахівців громадського здоров'я.

У цьому контексті важливо розуміти, що підготовка кадрів для системи громадського здоров'я повинна враховувати формування трьох основних груп працівників, а саме – фахівців громадського

здоров'я, працівників охорони здоров'я, задіяних у наданні послуг громадського здоров'я та працівників, які не входять до сектору охорони здоров'я. При цьому, когорта фахівців громадського здоров'я нараховує і представників традиційних професій, зокрема, інспекторів з безпеки харчових продуктів, гігієни праці, епідеміологів тощо, і представників відносно нових професій, які займаються зміцненням, захистом здоров'я, профілактикою хвороб, зокрема муніципальних працівників зі сприяння зміцненню здоров'я, учасників різних профілактичних проектів і програм. До групи працівників охорони здоров'я, задіяних у наданні послуг громадського здоров'я, входять ті, хто надає індивідуальні послуги, як, наприклад, лікарі загальної практики сімейної медицини, медичні сестри з охорони сімейного здоров'я, соціальні працівники, психологи тощо, а також група працівників поза сферою охорони здоров'я, співробітників інших секторів, чия діяльність і рішення впливають на здоров'я населення, зокрема, керівники на різних рівнях державного управління, які проводять політику і реалізують програми в секторах поза охороною здоров'я, науково-технічний персонал, фахівці з міського планування, житлового забезпечення, освіти, транспорту та ін.

Усі перелічені категорії працівників, які задіяні у сфері надання послуг громадського здоров'я, потребують диференційованого підходу підготовки, підвищення рівня знань і навичок, зміцнення професійного престижу, усвідомлення професійної приналежності і відповідальності.

Звичайно, не менш важливими завданнями у цьому контексті є раціональний розподіл підготовлених кадрових ресурсів за рівнями, територіями, закладами, створення умов для постійного професійного розвитку, інвестування в розвиток мультидисциплінарних команд.

Зважаючи на вагомість та складність завдань з формування кадрового потенціалу системи громадського здоров'я, співробітники Національного медичного університету імені О.О. Богомольця одними з перших серед закладів вищої медичної освіти України розпочали системну роботу з обґрунтування та розробки низки концептуальних та нормативних документів, з модернізації додипломної та післядипломної підготовки кадрів. Фахівці НМУ імені О.О. Богомольця працювали у складі міжвідомчої експертної робочої групи з міжнародною участю щодо розробки концепції/стратегії розбудови системи громадського здоров'я, у складі робочої групи МОЗ України з розробки стандартів вищої освіти за спеціальністю 229 «громадське здоров'я» галузі знань 22 «охорона здоров'я».

Враховуючи потребу у формуванні нової генерації фахівців з громадського здоров'я, провідними науковцями профілактичного напряму НМУ імені О.О. Богомольця було обґрунтовано навчальний план підготовки магістрів громадського здоров'я. Підґрунтям для його формування стали національні стратегічні та нормативні документи, документи ЄР ВООЗ, Асоціації шкіл громадської охорони здоров'я в європейському регіоні (ASPHER), Агентства з акредитації освіти в сфері громадської охорони здоров'я (АРНЕА), кращий європейський та світовий досвід [8-10]. Аналіз навчальних планів та програм підготовки фахівців громадського здоров'я понад 50 країн світу дозволив визначити прототипи для створення вітчизняних нормативних освітніх документів[11-12].

За результатами аналізу було розроблено навчальний план підготовки магістрів громадського здоров'я. В основу його формування було покладено компетентнісний підхід, який забезпечує набуття особами, що навчаються, інтегральних, загальних та спеціальних компетенцій. Навчальний план передбачає 5-тирічний термін навчання обсягом 9000 годин, 300 кредитів ECTS. Змістова основа забезпечена викладанням гуманітарних, соціально-економічних, природничих дисциплін. Навчальний процес скаладається з професійної та наукової підготовки, можливості вибору елективних курсів, виробничої практики, написання дипломної магістерської роботи та її захист. Також розроблено навчальну програму підготовки кадрів громадського здоров'я в аспірантурі (PhD).

Зважаючи на потребу в участі фахівців охорони здоров'я в діяльності з надання послуг громадського здоров'я, співробітниками кафедри соціальної медицини та громадського здоров'я НМУ імені О.О. Богомольця обґрунтовано та розроблено пробні навчальні програми «соціальна медицина, громадське здоров'я» для підготовки магістрів галузі знань «охорона здоров'я» за спеціальностями «медицина» та «стоматологія». В основу їх створення було покладено аналіз стратегічних та програмних документів в охороні здоров'я міжнародного та національного рівнів, результатів власних досліджень, до яких належав аналіз статистичних відомостей про здоров'я населення, спосіб його життя, соціологічних досліджень серед різних контингентів, зокрема, управлінців охорони здоров'я, фахівців, студентів закладів вищої освіти, лікарів-інтернів, пацієнтів закладів охорони здоров'я, викладачів однопрофіль-

них кафедр закладів вищої освіти України, аналіз навчальних планів та програм медико-соціального спрямування з підготовки фахівців охорони здоров'я. Нові пробні навчальні програми затверджено Центральним методичним кабінетом з вищої освіти МОЗ України та рекомендовано для запровадження у ЗВМО України, розпочато їх введення в навчальний процес. Також удосконалюють відповідне навчально-методичне забезпечення.

Важливими завданнями подальшого розвитку освітньої складової кадрового забезпечення системи громадського здоров'я України є оцінка мережі освітніх закладів з підготовки фахівців для громадського здоров'я, інновацій у галузі освіти в громадському здоров'ї, загальних питань освіти та їх зв'язку з основними функціями громадського здоров'я, змісту освітніх програм для різних категорій фахівців у сфері громадського здоров'я.

Література:

1. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. URL: https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld.

2. Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century. Copenhagen : WHO EURO, 2013. 190 p.

3. Implementing a Health 2020 vision: governance for health in the 21st century. Making it happen. Copenhagen: WHO, 2013. 92 p.

4. Національна стратегія побудови нової системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2025 рр. Київ, 2015. 41 с.

5. Концепція розвитку системи громадського здоров'я в Україні, 2016. URL: http://moz.gov.ua/docfiles/Pro_20160309_0_dod.pdf.

6. Наказ МОЗ України від 20.03.2018 р. «Про затвердження Статуту Державної установи «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України» https://phc.org.ua/pages/about/documents.

7. Законопроект «Про систему громадського здоров'я» https://www.apteka.ua/article/461268.

8. From Potential to Action. Public Health Core Competences .For Essential Public Health Operations. A manual. 2016. 75 p.

9. Medical University of Warsaw. URL: http://2wl.wum.edu.pl/en/english-division/curriculum/curriculum-6-year-program

10. University of Debrecen. Academic year 2015/16. Faculty of Public Health. BSc in Public Health. URL: http://www.edu.unideb.hu/tartalom/downloads/ bsc_in_public_health.pdf.

11. Gruzeva T., Kurylo T. Educational Requirements and Practice of Public Health Professionals Training in the Republic of Poland as a Basis for Formation of Educational Programs in Ukraine Health problems in Ukraine and Poland. – Lviv: Editorial House of the Lviv Regional Charity Fund «Medicine and Law», 2017. – P. 46-52.

12. Грузєва Т. С., Галієнко Л. І. Аналіз міжнародного досвіду підготовки фахівців з громадської охорони здоров'я // Вища медична освіта: сучасні виклики та перспективи: зб. наук. пр. наук.-практ. конф. з міжнарод. участю, м. Київ, 3-4 березня 2016 р. – Київ: КІМ, 2016. – С. 288-289.

Грузєва Т. С., Галієнко Л. І.

НОРМАТИВНО-ПРАВОВІ ТА ОРГАНІЗАЦІЙНО-УПРАВЛІНСЬКІ ПЕРЕДУМОВИ ПРОТИДІЇ ЕПІДЕМІЇ НЕІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ В УКРАЇНІ

Вступ. Однією із сучасних глобальних загроз у сфері громадського здоров'я є епідемія неінфекційних захворювань, що призводить до значних медико-демографічних втрат, несприятливих медико-соціальних наслідків і лягає тяжким фінансовим тягарем на системи охорони здоров'я і країни в цілому, призводячи до значних економічних збитків у глобальному вимірі. Успішне подолання епідемії неінфекційних захворювань (НІЗ) в Україні потребує формування відповідних нормативно-правових та організаційно-управлінських передумов протидії епідемії НІЗ, обґрунтування інноваційних підходів до вдосконалення профілактики НІЗ в сучасних умовах розбудови служби громадського здоров'я.

Мета роботи: оцінка нормативно-правового поля та обґрунтування організаційно-управлінських засад протидії епідемії неінфекційних захворювань та чинників ризику їх розвитку в контексті розбудови служби громадського здоров'я.

Матеріал і методи. Інформаційна база містила джерела вітчизняної та зарубіжної літератури, програмно-стратегічні документи міжнародного та національного рівня, статистичні бази даних «ЗДВ» Європейського регіонального бюро (ЄРБ) ВООЗ та України, матеріали власних досліджень. Використано комплекс методів: бібліосемантичний, епідеміологічний, медико-статистичний, концептуального моделювання.

Результати. Аналіз вітчизняної та зарубіжної літератури висвітлив багатоаспектне відображення проблеми профілактики НІЗ та шляхів покращення громадського здоров'я в сучасних наукових працях, програмних і стратегічних документах міжнародного та національного рівнів. Зокрема, найважливіші орієнтири оптимізації громадського здоров'я, у т. ч. щодо подолання епідемії НІЗ в країнах Європейського регіону окреслено Європейською стратегією ВООЗ "Здоров'я-2020", стратегією ЄС з охорони здоров'я на 2014-2020 роки [1-3].

Аналіз національних документів з питань охорони здоров'я дозволяє зробити висновок, що в Україні з урахуванням рекомендацій, ключових принципів програмних і стратегічних документів ВООЗ й інших міжнародних організацій, сформовано законодавче поле з питань протидії епідемії неінфекційних захворювань в сучасних умовах.

Актуальні аспекти проблеми НІЗ отримали втілення в Національній стратегії реформування системи охорони здоров'я України на період 2015-2020 років, Концепції розвитку системи громадського здоров'я, Національному плані заходів щодо неінфекційних захворювань для досягнення глобальних цілей сталого розвитку та інших законодавчих документах [4-5].

Очікуваними результатами реалізації організаційно-управлінських заходів, окреслених Національним планом заходів щодо неінфекційних захворювань для досягнення глобальних цілей сталого розвитку, має стати вдосконалення санітарно-просвітницької роботи і гігієнічного виховання населення з формування здорового способу життя (ЗСЖ), скорочення поширеності найбільш соціально значущих НІЗ та чинників ризику (ЧР) їх розвитку; зменшення зумовленої НІЗ передчасної смертності, що сприятиме створенню реального підґрунтя для покращення медико-демографічної ситуації в країні в умовах формування та розвитку системи громадського здоров'я.

Водночас актуальним завданням сьогодення є запровадження в Україні рекомендованих міжнародними програмними і стратегічними документами інноваційних механізмів щодо вдосконалення профілактики НІЗ, забезпечення комплексного міжсекторального підходу до протидії епідемії НІЗ, із забезпеченням узгодженої співпраці різних секторів суспільства, міністерств, відомств, державних і громадських організацій, громад, населення в інтересах пацієнтів в сучасних умовах розбудови служби громадського здоров'я.

Розв'язання цього завдання потребує кардинальних змін парадигми профілактики і формування здорового способу життя, запровадження науково обґрунтованих інноваційних організаційних засад попередження НІЗ та чинників ризику їх розвитку [5-7].

З цією метою, відповідно до стратегічних напрямів розвитку охорони здоров'я України, Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я України на період 2015-2020 років, Концепції розвитку системи громадського здоров'я, з урахуванням рекомендації ВООЗ та ЄРБ ВООЗ ми здійснили наукове обґрунтування і розробку функціонально-структурної моделі системи профілактики НІЗ та формування ЗСЖ.

Визначальними відмінностями запропонованої системи профілактики НІЗ є запровадження інноваційних підходів до реалізації комплексних профілактичних заходів в умовах створення служби громадського здоров'я [8-9].

Окреслено основні засади, напрями і заходи профілактики НІЗ та формування ЗСЖ, які включають вдосконалення епідеміологічного нагляду за НІЗ та ЧР, посилення профілактичної спрямованості охорони здоров'я, підвищення якості і доступності медичної допомоги пацієнтам з НІЗ та ЧР.

Реалізація зазначених інноваційних підходів в рамках Національного плану заходів щодо неінфекційних захворювань для досягнення глобальних цілей сталого розвитку та інших законодавчих документів стане важливою передумовою дієвої протидії НІЗ з позицій загальнодержавного підходу, соціальної справедливості, з консолідацією зусиль влади і місцевого самоврядування, системного міжвідомчого вирішення завдань профілактики, за участі усіх причетних секторів, професійних асоціацій, недержавних організацій, приватного сектору, громадянського суспільства, на основі доказово доведених профілактичних стратегій.

Дієві механізми оптимізації проблеми профілактики НІЗ та шляхів покращення громадського здоров'я визначає обґрунтована нами сучасна функційно-структурна модель комплексної міжвідомчої системи профілактики неінфекційних захворювань та формування ЗСЖ.

Перевагами моделі є органічне поєднання загальнодержавних заходів та заходів індивідуального характеру, реалізація координаційної, управлінсько-організаційної, нормативно-правової, інформаційно-аналітичної, освітньої, науково-дослідницької та комунікативної функцій, що передбачає формування відповідних структур, з чітким розмежуванням їх повноважень та завдань на різних рівнях управління.

Інноваційними елементами моделі є запропоновані нами координаційні ради на різних рівнях управління (національному, регіональному, місцевому), структури Національної служби здоров'я України та системи громадського здоров'я з відповідними підрозділами, партнерства, установи, організації, заклади різних форм власності, нові механізми реалізації завдань, у т. ч. формування політичної прихильності питанням боротьби з НІЗ, пріоритизація завдань, створення ефективних моделей надання послуг та координації між їх постачальниками, впровадження стимулів, інтеграції послуг первинної медичної допомоги та системи громадського здоров'я, промоція здоров'я та адвокація в інтересах здоров'я. Важливим є також вдосконалення технологічного забезпечення запропонованих організаційно-управлінських механізмів на основі сучасних інформаційних систем, комунікативних технологій, використання доказово доведених профілактичних стратегій.

Експертним шляхом визначено медико-соціальний та економічний ефект від впровадження моделі, що полягатиме в покращенні громадського здоров'я, корекції та мінімізації впливу ЧР розвитку НІЗ, вчасного виявлення неінфекційних захворювань та попередження ускладнень, запобігання інвалідизації населення, зменшення економічних збитків та покращення якості життя.

Висновки. Проведене дослідження дозволяє зробити висновок про актуальність вирішення проблеми протидії епідемії НІЗ в Україні, що потребує формування відповідних нормативно-правових та організаційно-управлінських передумов.

Для посилення профілактичної складової діяльності системи охорони здоров'я в Україні створено нормативно-правову базу з питань протидії епідемії неінфекційних захворювань та скорочення поширеності чинників ризику їх розвитку, що відповідає міжнародним та національним стратегічним орієнтирам у цій сфері.

Водночас сучасне реформування вітчизняної системи охорони здоров'я потребує створення організаційно-управлінських засад для дієвої профілактики неінфекційних захворювань та чинників ризику їх розвитку в контексті розбудови служби громадського здоров'я на науковій системній основі, яка

передбачена функційно-структурною моделлю комплексної міжвідомчої системи профілактики неінфекційних захворювань та формування ЗСЖ.

Запровадження моделі сприятиме покращенню стану громадського здоров'я, корекції та мінімізації впливу ЧР розвитку НІЗ, вчасного виявлення неінфекційних захворювань та попередження ускладнень, запобігання інвалідизації населення, зменшення економічних збитків та покращення якості життя.

Література:

1. Global status report on noncommunicable diseases 2014 «Attaining the nine global noncommunicable diseases targets; a shared responsibility». Geneva: WHO, 2014. 302 p.

2. Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century. Copenhagen : WHO EURO, 2013. 190 p.

3. Целевые ориентиры и индикаторы для политики Здоровье-2020. Версия 4 (2018 г.) [Электронный ресурс]. – Режим доступа : http://www.euro.who.int/ru/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/publications/2018/targets-and-indicators-for-health-2020.-version-4-2018. – Название с титул. экрана.

4. Національна стратегія побудови нової системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2025 рр. Київ, 2015. 41 с.

5. Концепція розвитку системи громадського здоров'я в Україні, 2016 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://moz.gov.ua/docfiles/Pro_20160309_0_dod.pdf. – Назва з титул. екрану.

6. Глобальні цілі боротьби з неінфекційними захворюваннями та перспективи їх досягнення в глобальному, регіональному і національному контексті / Т. С. Грузєва, О. Г. Пузанова, В. Б. Замкевич, Л. І. Галієнко, Г. В. Іншакова // Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2013 рік; МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». – К., 2014. – С. 66–71.

7. Грузєва Т. С. Протидія та контроль за неінфекційними захворюваннями: нові перспективи в умовах формування системи громадського здоров'я в Україні / Т. С. Грузєва, Л. І. Галієнко // Матеріали міжнар. наук.-практ. конференції «Актуальні питання розвитку системи громадського здоров'я в Україні» (Ужгород, 2017) // Україна. Здоров'я нації. – 2017. – № 3. – С. 315–316.

8. Грузєва Т. С. Аналіз кадрового забезпечення та принципів підготовки фахівців для служби громадського здоров'я в Україні / Т. С. Грузєва, Л. І. Галієнко, О. Я. Антонюк, С. В. Власенко // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2017. – № 1. – С. 29–38.

9. Грузєва Т. С. Концептуальні підходи до обгрунтування системи підготовки кадрів для служби громадського здоров'я в Україні / Т. С. Грузєва, І. М. Пельо, В. А. Сміянов, Л. І. Галієнко. // Wiadomości Lekarskie. – 2016. – Т. LXIX. – № 6. – С. 719–725.

Грузєва Т. С., Гречишкіна Н. В., Литвинова Л. О., Пельо І. М., Саксонов С. Г.

ЗМІСТОВЕ НАПОВНЕННЯ НАВЧАЛЬНИХ ПРОГРАМ ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ У ГАЛУЗІ МЕДИЦИНИ З ПИТАНЬ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Реформування національної системи охорони здоров'я, розвиток громадського здоров'я висувають високі вимоги до підготовки фахівців медичної галузі, які залучатимуться до надання послуг у сфері громадського здоров'я [1].

Саме тому в навчальні плани підготовки магістрів за напрямом «медицина» та «стоматологія» вміщено вивчення навчальної дисципліни «соціальна медицина, громадське здоров'я». Її викладання передбачено на III, IV та VI роках навчання в закладах вищої медичної освіти України.

Колектив кафедри соціальної медицини та громадського здоров'я Національного медичного університету імені О.О. Богомольця здійснив обґрунтування та розробку нових сучасних примірних програм навчальної дисципліни «соціальна медицина, громадське здоров'я» в курсі підготовки магістрів за напрямом «медицина» та «стоматологія».

Обґрунтуванню структури та змісту навчальних програм передувала науково-дослідницька робота з вивчення наукової літератури, аналізу стратегічних документів розвитку національної системи охорони здоров'я, досвіду викладання навчальної дисципліни в провідних медичних університетах світу та Європи, дослідження документів ВООЗ та ЄРБ ВОЗ, рекомендацій інших міжнародних рекомендацій в охороні здоров'я, ASPHER тощо, проведення соціологічних досліджень серед різних цільових груп [2-9].

Предметом дослідження стали положення щодо кадрового забезпечення охорони здоров'я, викладені в міжнародних та європейських документах; навчальні програми з біостатистики, епідеміології, гігієни, організації та економіки охорони здоров'я, інших дисциплін медико-соціального спрямування у курсі підготовки фахівців охорони здоров'я, у т. ч. громадського здоров'я, на до- та післядипломному рівнях в європейських університетах, результати соціологічного опитування організаторів охорони здоров'я, фахівців, студентів закладів вищої медичної освіти, пацієнтів закладів охорони здоров'я щодо вдосконалення профілактичної діяльності в охороні здоров'я, результати соціологічного опитування викладачів профільних кафедр закладів вищої медичної освіти України щодо структури та змістового наповнення навчальних програм з соціальної медицини, громадського здоров'я.

Для проведення опитувань розробили відповідний інструментарій, який містив анкети з вивчення різних аспектів профілактичної діяльності в охороні здоров'я, оцінки освітнього процесу на додипломному та післядипломному рівнях. Спеціальна анкета для викладачів кафедр соціальної медицини та громадського здоров'я з декількома варіантами структури нової програми навчальної дисципліни «соціальна медицина, громадське здоров'я» передбачала вибір найбільш прийнятного з їх погляду варіанту, чи доповнення будь-якого з варіантів іншими складовими або вилучення певних складових.

Аналіз думки фахівців та організаторів охорони здоров'я дозволив виявити пріоритетні проблеми громадського здоров'я, які необхідно враховувати під час формування навчальних програм, а саме: значну поширеність неінфекційних захворювань, її причини та детермінанти, у т. ч. соціально-економічного, екологічного, поведінкового характеру; епідемію туберкульозу, СНІДу та інші численні загрози інфекційного характеру, недосконалість профілактичних програм, нездоровий спосіб життя населення, нерівності за показниками здоров'я і його охорони, вплив соціально-економічних та екологічних чинників на формування глобального тягаря хвороб; низькі показники благополуччя та якості життя населення; недостатній рівень моніторування та реагування на небезпеки для здоров'я і за умови надзвичайних ситуацій в охороні здоров'я; неналежний рівень захисту здоров'я, у т. ч. забезпечення безпеки навколишнього середовища, праці, харчових продуктів.

Критична оцінка результатів проведеної роботи дозволила виявити недоліки освітньої та професійної діяльності, прогалини в знаннях, вміннях та компетентностях фахівців, визначити перспективні

стратегії та технології викладання навчальної дисципліни, обгрунтувати її змістове наповнення, цілі та завдання навчання, компетентності та результати навчання, інформаційний обсяг навчальної дисципліни з розбивкою на змістові модулі, з розподілом годин на лекційні, практичні заняття та самостійну роботу студента, змістове наповнення кожної теми, форми і методи контролю, перелік тем для виконання самостійної роботи та перелік питань до підсумкового модульного контролю, список рекомендованої літератури, інформаційних джерел тощо.

Структура навчальної дисципліни «Соціальна медицина, громадське здоров'я» для підготовки магістрів за спеціальністю «медицина» галузі знань «охорона здоров'я» містить три змістові модулі: «Біостатистика» як основа для подальшого засвоєння наступних розділів, «Громадське здоров'я. Статистика здоров'я населення» та «Організація та економіка охорони здоров'я». Така структура дозволяє викладати окремі розділи предмету й засвоювати необхідний обсяг знань у логічній послідовності, що оптимізує процес успішного опанування навчальної дисципліни. Чітке структурування модулів нової навчальної дисципліни та вміщених до них тем сприяє формуванню цілісного бачення в студентів сучасних проблем охорони здоров'я та підходів до їх вирішення із застосуванням форм і методів діяльності у сфері громадського здоров'я.

Література:

1. Національна стратегія побудови нової системи охорони здоров'я в Україні на період 2015–2025 рр. Київ, 2015. 41 с.

2. From Potential to Action. Public Health Core Competences .For Essential Public Health Operations. A manual. 2016. 75 p.

3. European Action Plan for Strengthening Public Health Capacities and Services. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2015. 42 p.

4. Aluttis C, Chiotan C, Michelsen M, Costongs C, Brand H. Review of Public Health Capacity in the EU. In: Luxembourg: Published by the European Commission Directorate General for Health and Consumers. 2013.

5. Bjegovic-Mikanovic V, Vukovic D, Otok R, Czabanowska K, Laaser U. Education and training of public health professionals in the European Region: variation and convergence. / Int J Public Health. 2013 Dec;58(6):801-10. doi: 10.1007/s00038-012-0425-2. Epub 2012 Nov 7.

Facets of Public Health in Europe. Edited by Bernd Rechel and Martin McKee. Published by Open University Press. European Observatory on Health Systems and Policies Series. 2014, 320 p. Open access: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/271074/Facets-of-Public-Health-in-Europe.pdf

6. Berlin School of public health – charité. Medical University of Berlincharité. Openaccess: https: www.charite.de.

7. Bristol University of the West England. Open access http://courses.uwe.ac.uk/BL9412/2016#coursecontent.

8. Goodman J, Overall J, Tulchinsky T: Public health workforce capacity building. In. Paris: ASPHER; 2008.

Гунько Н. В.

МОНІТОРИНГ ЗДОРОВ'Я ЗА ПОКАЗНИКАМИ СМЕРТНОСТІ ОСІБ, ЯКІ БУЛИ ДІТЬМИ ТА ПІДЛІТКАМИ НА ЧАС АВАРІЇ НА ЧОРНОБИЛЬСЬКІЙ АТОМНІЙ ЕЛЕКТРОСТАНЦІЇ ТА ПРОЖИВАЛИ НА РАДІОАКТИВНО ЗАБРУДНЕНИХ ТЕРИТОРІЯХ (1986-2011 РОКИ)

Вступ. Існує значна різноманітність уявлень про те, що таке здоров'я і як його вимірювати, про що свідчать наявні більше ніж сто визначень цього поняття. Універсального критерію для оцінки стану здоров'я популяції чи індивідууму людство також досі не виробило. Проте необхідність моніторингу за станом здоров'я не викликає сумніву ні в науковців, ні у фахівців з охорони здоров'я.

Унаслідок Чорнобильської катастрофи групами ризику в зв'язку з опроміненням щитоподібної залози радіоізотопами йоду, зовнішнім та внутрішнім опроміненням від різних джерел було визнано осіб, які були дітьми та підлітками на час аварії (особи 1968–1986 рр. народження). Досі стан здоров'я цієї категорії постраждалих за показниками смертності досліджували недостатньо. Тому ретроспективне дослідження смертності як індикатора стану здоров'я осіб 1968–1986 рр. народження, які впродовж післяаварійного періоду проживали на радіоактивно забруднених територіях (РЗТ) України, є особливо актуальним і на науко-теоретичному, і на прикладному рівнях охорони здоров'я.

Мета: оцінка смертності осіб 1968-1986 рр. народження (діти та підлітки на час аварії на Чорнобильській АЕС), які проживали впродовж 1986–2011 рр. на РЗТ, та окреслення заходів щодо збереження їх здоров'я.

Об'єкт дослідження: населення 1986-1986 рр. народження (діти та підлітки на час аварії на Чорнобильській АЕС), які проживали на найбільш РЗТ України (Іванківський, Поліський, Народицький та Овруцький райони). Контролем слугувало населення України відповідного віку.

Предмет дослідження: показники смертності як індикатори здоров'я населення.

Матеріали та методи. Дослідженням охоплено понад 31 тис. осіб 1968-1986 рр. народження, які проживали в досліджуваному регіоні України впродовж 1986-2011 рр. Масив випадків смертей (2,1 тис. померлих) сформовано згідно з даних Міністерства юстиції України.

Методи дослідження: документарний аналіз, теоретичні, загальнонаукові, демографічні, математико-статистичні, графічні, програмно-технологічні.

Результати й висновки. Встановлено, що продовж 1986–2011 рр. на найбільш РЗТ країни (Іванківський і Поліський райони Київської області та Народицький і Овруцький райони Житомирської області) померло майже 2,1 тис. осіб 1968–1986 рр. народження, що становить 2,8 % від загальної кількості смертей. У складі померлих чоловіків було 77,28 %, жінок – 22,72 %. Це співвідношення близьке до загальнонаціональної пропорції – 74,64 % та 25,36 % [1].

Медіанний вік померлих складав 30,0 років для чоловіків та 27,3 – для жінок. На РЗТ серед померлих найчастіше були чоловіки у віці 36,0 років та жінки у віці23,0 років.

Середньохронологічний рівень смертей за 1986–2011 рр. на РЗТ становив (2,26 ± 0,37)‰, тоді як в Україні – (1,74 ± 0,74) ‰. Результати аналізу динамічних рядів показників смертності по РЗТ та контролю за період з 1986 р. по 2011 р. свідчать про статистично вірогідне ($p < 0,01$) збільшення показника на всіх територіях і в чоловіків, і в жінок. Сильний кореляційний зв'язок виявлено на РЗТ порівняно з Україною (обидві статі – 0,969747, чоловіки – 0,971069, жінки – 0,906638).

Стандартизовані за віком і статтю показники (стандарт населення України) свідчать, що в період дослідження на РЗТ рівень показника загальної смертності зріс у 4 рази, у той час як в Україні – у 2 рази.

Смертність серед чоловіків перевищувала таку серед жінок увесь період спостереження і на РЗТ (1,01-7,16 раза), і в контролі (1,44-2,39 раза). У міру дорослішання когорти, статевий дисбаланс збільшувався.

Узагальненні за 1986-2011 рр. по когорті дані свідчать, що на РЗТ у структурі смертності провідна роль належала екзогенним причинам (50,44 %), соматичні патології складали 43,01 %, а симптоми, ознаки та нечітко визначені стани – 6,55 %.

Найбільш поширеними різновидами зовнішніх дій, які призвели до смертельних наслідків, були інші нещасні випадки, а саме: враження електричним струмом, асфіксія стороннім тілом, отруєння чадним газом, випадкові отруєння, дія алкоголю, тощо (чоловіки – 29,7 %, жінки – 29,5 %); транспортні випадки (чоловіки – 25,5 %, жінки – 20,5 %), умисні самоушкодження (чоловіки – 18,9 %, жінки –17,5 %).

У «п'ятірці» провідних класів ендогенних причин смерті чоловічої субкогорти є хвороби системи кровообігу, хвороби органів травлення, симптоми, ознаки та нечітко визначені стани, психічні розлади та хвороби нервової системи, новоутворення, а жіночої – новоутворення, хвороби системи кровообігу, хвороби органів травлення, деякі інфекційні та паразитарні хвороби, хвороби органів дихання, на які в сумі припадає 78,35 % та 71,52 % від кількості померлих від ендогенних причин смерті.

Середньохронологічні показники смертності за 1986–2011 рр. за причинами свідчать про вищу смертність субкогорти чоловіків порівняно з жінками від більшості причин, що є типовим і для України в цілому [2–4]. Інтенсивність смертності когорти дослідження (і жінок, і чоловіків; і РЗТ, і контролю) від основних причин смерті підвищується в динаміці спостереження («ефект віку»). Особливо стрімке й неухильне зростання з переходом до старших вікових груп характерне для рівня смертності від серцево-судинних захворювань, хвороб органів дихання, хвороб органів травлення, екзогенних причини.

Враховуючи вікові особливості когорти (0–17 років у 1986 р. та 25–43 роки у 2011 р.), викликає занепокоєння тенденція до підвищення рівня смертності чоловічої субкогорти жителів РЗТ від симптомів, ознак та відхилень від норми (їх вважають одним з типово старечих класів причин смерті, до якого зараховують і смерть від старості).

У когорті дослідження середній вік смерті дорівнював (27,7 ± 0,11) років, у субкогорті чоловіків – (28,2 ± 0,12) років та в субкогорті жінок – (25,9 ± 0,23) років. Діапазон значень для обох статей від (21,74 ± 1,41) років (хвороби крові та кровотворних органів) до (32,36 ± 0,40) років (хвороби органів травлення), у чоловіків – (18,79 ± 1,85) (хвороби крові та кровотворних органів) – (32,26 ± 0,47) років (хвороби органів травлення) років та у жінок – (16,06 ± 0,85 років) (інші соматичні патології) – (32,64 ± 0,79) років (хвороби органів травлення).

Дані статистичного аналізу причинно-специфічної смертності свідчать про кореляційні зв'язки показників смертності на РЗТ та Україні, а також чоловіків порівняно з жінками. Розрахунки дозволяють стверджувати, що життєстійкість жителів РЗТ порівняно з рештою населення країни є меншою, як і чоловічого покоління порівняно з жіночим.

Розраховані за 1986–2011 рр. середньохронологічні індекси надсмертності для однолітків-чоловіків України та РЗТ свідчать про більш високу смертність чоловічої популяції. Проте ріст надсмертності чоловічої популяції українців в цілому відбувався плавно від 1986 року народження (1,71) до 1973 року народження (3,25), дещо знижуючись у народжених під час 1972–1968 рр. (3,13-3,24), а на РЗТ – з різкими перепадами значень. Розмах варіації величин на РЗТ – 6,34, в Україні – 1,54.

Унаслідок передчасних смертей від усіх хвороб 2060 людей 1968–1986 рр. народження впродовж 1986–2011 рр. на РЗТ суспільство потенційно втратило 82,3 тис. років життя. На чоловічу субкогорту припадає 72,43 % потенційно втрачених років життя. Середній показник потенційно втрачених років життя для померлої людини становили 31,66 років, чоловіків – 37,45 років, жінок – 48,50 років. Тягар передчасної смертності за 26 років з погляду потенційно втрачених років життя є суттєвим.

Пропозиції. Результати дослідження свідчать, що існує проблема підвищеної смертності відносно молодих людей (до 45 років), які мешкають на РЗТ. Тому стратегія медичного захисту постраждалих внаслідок Чорнобильської катастрофи має бути спрямована на поліпшення їх здоров'я й профілактику захворювань. Для цього під час реформування національної системи охорони здоров'я в Україні необхідно передбачити пріоритетні заходи щодо підтримки життєстійкості постраждалих унаслідок Чорнобильської катастрофи осіб 1968–1986 рр. народження, які мешкають на РЗТ, зокрема: вдосконалення системи медико-санітарного забезпечення та соціального захисту в умовах дії пролонгованого опромінення; регулярна суцільна диспансеризація; моніторинг медичних та демографічних наслідків; профілактика неінфекційних захворювань, мінімізація факторів (чинників) ризику захворювань, створення сприятливого для здоров'я середовища й системи охорони здоров'я, яка відповідає реальним по-

требам населення з організацією виконання спеціальних заходів щодо медичного забезпечення хворих за окремими найбільш важливими в соціально-економічному та медико-демографічному аспекті видам хвороб та нозологічним формам, формування культури здоров'я, мотивації населення до здорового способу життя.

Література:

1. World Health Organization: Regional Office for Europe, (2008). European mortality database. – Режим доступу : http : data.euro.who.int hfamdb.

2. Смертність населення України у трудоактивному віці / Е. М. Лібанова та ін. / Інститут демографії та соціальних досліджень ім. М. В. Птухи НАН України. – Київ, 2007. – 210 с.

3. Рингач Н. О. Проблема надсмертності чоловіків в Україні: ґендерний аналіз у державному управлінні охороною громадського здоров'я // Стратегічні пріоритети. – 2008. – № 3 (8). – С. 142–148.

4. Рингач Н. О. Надсмертність чоловіків: нагальна проблема українського соціуму // Журнал укр. лікарської еліти. – 2009. – № 1 (07). – С. 75–78.

Гущук І. В.

ЩО МИ РОЗУМІЄМО ПІД СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ/ЗАХИСТУ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я?

Оскільки в сучасному світі здоров'я населення визнано однією з найбільших цінностей, необхідним компонентом соціально-економічного розвитку й процвітання будь-якої держави та запорукою її національної безпеки, світова спільнота та ВООЗ закликає спрямувати зусилля на вирішення проблем у сфері охорони громадського здоров'я [1]. Підтвердженням цього є Європейський стратегічний план «Здоров'я-2020: основи європейської політики в підтримку дій держави і суспільства в інтересах здоров'я і благополуччя» [2]. Окрім цього, варто зауважити, що із 17 цілей сталого розвитку та 169 завдань, офіційно затверджених на засіданні Генеральної Асамблеї ООН наприкінці вересня 2015 року, більшість прямо чи опосередковано пов'язана з охороною життя та здоров'я людини [3].

Відтак і в Україні одним зі складників реформи національної системи охорони здоров'я повинна стати розбудова вітчизняної системи охорони/захисту громадського здоров'я, стратегічне завдання якої – зберегти здоров'я населення, упровадивши на державному рівні принцип «Охорона здоров'я в усіх політиках держави» як загальнонаціональний принцип визнання пріоритетності безпеки в питаннях життя і здоров'я людини, безпечного середовища її життєдіяльності перед будь-якими іншими інтересами й цілями у сфері господарської діяльності. Мета його впровадження – профілактика захворювань, зміцнення здоров'я та збільшення тривалості життя на засадах сталого (збалансованого) розвитку. [4]. Однак в Україні перманентне реформування медичної галузі, особливо в останні роки, призвело до руйнації т. зв. «системи Семашка», яка за визнанням ВООЗ мала найефективніший складник профілактичної медицини.

Незважаючи на те, що Концепцію та Стратегію реформи нової національної системи охорони здоров'я розроблено й обговорено ще 2014 року, досі їх не схвалено. Нині українське фахове медичне середовище напрацювало проекти нової Концепції та Стратегії національної системи охорони здоров'я. Проте, на нашу думку, стратегічною методологічною помилкою під час розроблення таких документів є те, що їх готують здебільшого медики з лікувальною підготовкою, а не лікарі-профілактики. Через це головна ідея таких документів – поліпшити лікування та медикаментозне забезпечення населення. Це закономірно, бо за період незалежності, особливо в останні 10–15 років, в Україні не має МОЗ як Міністерства охорони здоров'я, а фактично є Міністерство з організації медичного обслуговування населення.

На наш погляд, для того, щоб ефективно розбудовувати національну систему охорони здоров'я, ми повинні зрозуміти сутність таких понять, як «*система охорона здоров'я*» і «*система охорони/захисту громадського здоров'я*». Чи тотожні та взаємозамінні ці поняття? З наших методологічних підходів – ні, не зовсім. Але для того, щоб уникнути певної тавтології у розумінні вищевказаних дефініцій, пропонуємо термін «система охорони здоров'я» (далі – **СОЗ**), а в понятті «система охорони громадського здоров'я» слово «охорони» замінити на «захист», отже, «система охорони/захисту громадського здоров'я» (далі – **СЗГЗ**). Хоча слово «захист» юридично дещо звужує понятійні характеристики, але буде більш зрозумілим для диференціації цих визначень у мовному середовищі медиків, науковців, чиновників, представників ЗМІ та пересічних громадян.

Наразі суспільство повинно зрозуміти, що **СОЗ** – це не виняткова «вотчина» медицини. Вона поєднує декілька складників, із яких два базові: профілактика та лікування. Головна її місія – запобігати виникненню та розвитку захворювань серед людей як на індивідуальному, так і популяційному рівні. І це не сучасне ноу-хау. Ще з прадавніх часів міфологічні оповідання вказували на дві доньки бога Асклепія – Гігію і Панацею, які ми асоціюємо зі здоров'ям та універсальними ліками, зосереджуючись чомусь саме на медичному обслуговуванні. Виходить парадокс: декларуємо профілактику, а фактично все одно концентруємо основні зусилля на лікуванні. Між тим, за даними ВООЗ, на стан здоров'я насе-

лення медичні чинники (якість і своєчасність медичного обслуговування) впливають тільки на 8–10%, генетичні – на 18–22%, чинники, пов'язані зі способом життя, – на 49–53%, станом навколишнього середовища – на 17–20%. Тобто здоров'я людини майже на 70% залежить від багатьох чинників, на більшість із яких сьогодні ні МОЗ, ні лікувальна система (медичне обслуговування) безпосередньо не впливає. Нині в Україні відбуваються активні процеси в обох сферах: першу реформують, друга переживає період становлення. Чи зрозуміла мета цих перетворень і чи визначена вона ще на початковому етапі так чітко, аби передбачити їх результат?

Наразі для фахового середовища ми пропонуємо розуміння **СОЗ** як системи, що органічно поєднує взаємодійні підсистеми медичного і профілактичного забезпечення. У ній медичний складник (умовно *"Панацея"*) має охоплювати все, що пов'язано з медичним обслуговуванням, а виконання основних функцій покладено на працівників з медичною освітою: медична допомога, медичні послуги, забезпечення лікарськими засобами, диспансеризація та профілактичні медичні огляди, щеплення, санаторно-курортне лікування, оздоровлення та ін. Відповідно складник **СЗГЗ** на індивідуальному та популяційному рівнях (умовно *"Гігія"*) охоплюватиме все, що спрямовано на моніторинг детермінант здоров'я, зокрема й виявлення та оцінку основних чинників середовища життєдіяльності людини (хімічних, фізичних, біологічних, соціальних), які шкідливо впливають або можуть впливати на життя і здоров'я людини чи на здоров'я майбутніх поколінь, для подальшої підготовки управлінських рішень чи їх проектів на державному, регіональному та місцевому рівні з метою усунення чи мінімізації таких ризиків. У цій царині вже мають працювати як лікарі-профілактики, так і фахівці без спеціалізованої медичної освіти (екологи, правники, журналісти, економісти, соціальні працівники, ветеринари, аграрії та ін.). За соціально-економічною значущістю та з позиції національної безпеки важливіше значення, безперечно, має Гігія. Однак Панацея є лідером у частині особистісного значення, особливо в критичних ситуаціях, коли здоров'ю та життю людини існує реальна загроза «тут і зараз».

Окрім цього, варто зосередити увагу й на тому, що сьогодні в Україні близько 13 млн. громадян – пенсіонери, які апріорі вже є пацієнтами лікарів. Тому їхнє соціальне забезпечення та добробут потрапляє у сферу управління **СОЗ**. Отже, у майбутньому міністерство, яке буде опікуватися системою охорони здоров'я має поєднати як різновекторні, так і взаємопов'язані функції із захисту громадського здоров'я, медичного обслуговування та соціального добробуту (благополуччя). Звідси логічно випливає і зміна назви нинішнього МОЗ на Міністерство охорони здоров'я та соціального добробуту. При цьому, очолювати його має Перший віце-прем'єр, який і буде впроваджувати на урядовому рівні загальнонаціональний принцип *«Охорона здоров'я в усіх політиках держави»* через свої відповідні управлінські функції. У стратегічному плані це дасть змогу зменшити ріст захворюваності (інфекційної та неінфекційної), інвалідизації, смертності, поліпшити показники здоров'я (за індикаторами), а надалі – стабілізувати демографічну ситуацію, поліпшити стан довкілля на засадах сталого (збалансованого) розвитку.

Висновок. Наразі існує нагальна потреба в роз'яснювальній роботі як серед громадян, так і посадовців, що охорона здоров'я – це не лише лікування, а безперервний, багатовекторний і міжгалузевий процес, у якому задіяні всі структурні рівні: індивід-група-громада-суспільство.

Сподіваємося, що спільними зусиллями та з використанням найкращих світових практик нам під силу розбудувати нову національну систему охорони/захисту громадського здоров'я, стержнем якої будуть конституційні вимоги, де зазначено, що *людина, її життя і здоров'я визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю*. Ці вимоги буде реалізовано в площині міжгалузевого та міжсекторного партнерства між владою та громадянським суспільством за принципом "*Охорона здоров'я в усіх політиках держави*".

Література:

1.Офіційний веб-сайт ВООЗ [Електронний ресурс]. Режим доступу: http://www.who.int/

2. Здоров'я-2020": Основи Європейської стратегії у підтримку дій всієї держави і суспільства в інтересах здоров'я і благополуччя. – Копенгаген : ЄРБ ВООЗ, 2012.

3. Цілі Глобального розвитку [Електронний ресурс]. Режим доступу: http://www.un.org.ua/ua/tsili-rozvytku-tysiacholittia/tsili-staloho-rozvytku

4. Гущук І.В. Деякі питання розбудови системи громадського здоров'я в Україні /І.В.Гущук.// «Довкілля та здоров'я», №4(80) 2016р. – Київ, 2016. – С.75-79 [Електронний ресурс]. Режим доступу: http://www.dovkil-zdorov.kiev.ua/env/80-0075.pdf.

5. Постанова Верховної Ради України від 21 квітня 2016 року № 1338-УІІІ "РЕКОМЕНДАЦІЇ парламентських слухань на тему: «Про реформу охорони здоров'я в Україні»".

6. Резолюція «круглого столу»: «Розвиток системи громадського здоров'я в Україні» 22.04.2016 р., м. Київ (Комітет охорони здоров'я Верховної Ради України) [Електронний ресурс]. Режим доступу: https ://drive.google.eom/file/d/0B_O9xEu1X ckzbFdOblFhbmNTTGs/view

7. Европейский план действий по укреплению потенциала и услуг общественного здравоохранения /Европейский региональный комитет EUR/RC62/12 Rev.1 Шестьдесят вторая сессия +EUR/RC62/Conf.Doc./6 Rev.2 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/170209/RC62wd12-Rus.pdf

8. Розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 1002-р «Про схвалення Концепції розвитку системи громадського здоров'я».

Дмитруха Н. М., Андрусишина І. М., Короленко Т. К., Легкоступ Л. А., Лагутіна О. С.

ОСОБЛИВОСТІ ТОКСИЧНОСТІ СПОЛУК СВИНЦЮ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ЇХ ДИСПЕРСНОСТІ

Проблема забруднення довкілля свинцем, який навіть у малих концентраціях негативно впливає на екосистеми та здоров'я людини, є однією з актуальних медико-екологічних проблем у світі, зокрема, і в Україні. За даними ВООЗ свинець віднесено до пріоритетних і глобальних забруднювачів довкілля, оскільки цей важкий метал має великі обсяги виробництва та світової торгівлі, достатньо широку сферу застосування в різних ґалузях господарства. Потенційними джерелами забруднення свинцем виробничого і навколишнього природного середовищ в Україні є підприємства чорної і кольорової металургії, теплоенергетики, вуглевидобування, машинобудування і приладобудування, виготовлення спеціального скла, кераміки, пігментів, фарб, пластмас, а також автомобільний транспорт. Крім того, сьогодні в Україні працює 18 новостворених підприємств з переробки автомобільних акумуляторів, на яких щороку виробляють понад 5 млн. шт. свинцевих батарей і виплавлюють більше 40 тис. вторинного свинцю. Розташовані ці виробництва переважно у густонаселених центральних і південно-східних областях країни – Дніпровській, Донецькій та Харківській, що створює додаткове техногенне навантаження свинцем на населення та навколишнє середовище [1,2].

Особливі технологічні умови (висока температура, наявність аерозолю конденсації) під час виплавки свинцю, зварюванні та різанні конструкцій, рекуперації відпрацьованих свинцевих акумуляторів можуть сприяти надходженню у повітря робочої зони ультрадисперсних частинок сполук свинцю розміром менше 100 нм (наночастинок). Це створює додаткові ризики і небезпеки для здоров'я працівників [3,4].

За даними Канадського дослідницького центру IRSST контакт із наночастинками (НЧ), що проявляють особливі фізико-хімічні властивості та значно більшу біологічну активність і реакційну здатність, неминуче виникають умови для ризиків здоров'ю працівників та інших категорій населення [5].

Отож, наведені дані дозволяють зробити висновок, що проблема свинцевої небезпеки, яка сьогодні набула всесвітнього значення й торкається не тільки виробничої діяльності людини, а й стану навколишнього природного середовища, викликає занепокоєння. Відсутність даних щодо токсичної дії свинцю у формі НЧ обумовлює необхідність проведення ґрунтовних наукових досліджень із прогнозування та попередження їхнього негативного впливу на організм людини та довкілля.

Автори роботи поставили мету дослідити накопичення, розподілення свинцю у вигляді наночастинок в організмі лабораторних тварин, визначити особливості їх токсичної дії та обґрунтувати заходи профілактики.

Експериментальні дослідження виконані на щурах самцях лінії Вістар масою 180–230 г, які утримувались в стандартних умовах віварію. Субхронічну ізольовану свинцеву інтоксикацію моделювали щоденним (5 разів на тиждень) внутрішньоочеревинним введенням колоїдних розчинів сполук свинцю. Тварини були розподілені на 4 групи. Першій групі вводили колоїдний розчин сульфіду свинцю (PbS) в поліфосфаті натрію в дозі 1,08 мг/кг маси тварини (середній розмір частинок 26-34 нм), другій групі – колоїдний розчин PbS (середній розмір частинок 50-85 нм), третій групі тварин – водний розчин нітрату свинцю ($Pb(NO_3)_2$ (середній розмір частинок 400 нм) в тій же дозі; контрольній групі щурів вводили розчин поліфосфату натрію. Дослідження виконували після 30 введень та через місяць постекспозиційного періоду. Кров та внутрішні органи у тварин забирали під час декапітації під легким ефірним наркозом. Всі процедури здійснювали відповідно до «Положення про використання лабораторних тварин в біомедичних дослідах» (Страсбург, 1986) [6].

Під час експерименту визначали наступні показники: масу тіла, відносну масу внутрішніх органів (на 100 г маси тварини), гематологічні, біохімічні та імунологічні результати дослідження [7]. Вміст свинцю у тканинах експериментальних тварин виконано за допомогою методу атомно-емісійної спек-

троскопії з індуктивно зв'язаною плазмою на приладі Optima 2100 DV фірми Perkin Elmer (США) [8]. Статистичну обробку отриманих результатів проводили з використанням методів варіаційної статистики за допомогою програм статистичного аналізу Microsoft Exel 2007 [9].

Результати дослідження продемонстрували відмінності у накопиченні та виведенні свинцю з внутрішніх органів щурів в залежності від розміру частинок. Більш ефективне накопичення металу відзначене після введення розчину $Pb(NO_3)_2$ 400 нм (у печінці, нирках, селезінці, тимусі), проте виведення їх у постекспозиційному періоді було активніше ніж під час введення PbS з НЧ. Незначне зменшення вмісту металу в постекспозиційний період в органах щурів, яким вводили PbS з НЧ може вказувати на їх повільніше виведення з організму. Дисбаланс есенціальних елементів (залізо, цинк, магній) в органах був більш значущим у тварин, яким вводили PbS з НЧ 50-80 нм. В усіх піддослідних тварин спостерігали накопичення заліза у печінці, що вказує на порушення його метаболізму, більш суттєве після введення PbS з НЧ 26-34 нм. Введення сполук свинцю викликало у щурів порушення синтезу гема, збільшення рівня цинкпротопорфірину, зниження гемоглобіну та числа еритроцитів, зміни клітинного складу периферичної крові, які були більш вираженими за умови введення PbS з НЧ. Гепатотоксична дія свинцю проявлялася збільшенням активності ферментів (АЛТ, АСТ, ЛФ) після 30-ти введень нітрату свинцю та у постекспозиційний період після введення PbS з НЧ 26-34 нм, що вказує на токсичне ушкодження клітин печінки. Зниження рівня холестерину, тригліцеридів та β-ліпідів, особливо після введення наночастинок PbS з НЧ 26-34 нм характеризує їх більший токсичний вплив на паренхіматозні органи (печінка, нирки, підшлункова та щитоподібна залози), тоді як зростання цих показників у постекспозиційний період, а також збільшення коефіцієнта Де Рітіса (АСТ/АЛТ) може вказувати на атерогенний ефект НЧ PbS. Вплив сполук свинцю на імунну систему характеризувався стимуляцією відповіді у вторинних імунних органах (селезінка, лімфовузли, брижі), підвищенням фагоцитарної та бактерицидної активності нейтрофілів крові особливо у щурів, яким вводили колоїдні розчини PbS, що може свідчити про більшу імуногенну активність наночастинок, тоді як зниження рівня ЦІК в крові може бути обумовлено їх високою адсорбційною здатністю.

Отримані результати дослідження дозволяють говорити про деякі відмінності токсичної дії сполук свинцю в залежності від розміру їх частинок. Відмінним було те, що загальнотоксичні властивості були більш виражені у нітрату свинцю з крупними частинками, тоді як розчини сульфіду свинцю з НЧ в більшій мірі впливали на метаболічні процеси в клітинах та тканинах органів піддослідних тварин. Наночастинки PbS мали більший шкідливий вплив на морфологічну структуру органів, біохімічні процеси субклітинних, клітинних та регулюючих систем.

Підсумовуючи вище викладений матеріал, можна зробити висновок, що у вирішенні свинцевої проблеми в Україні актуальним є моніторинг стану забруднення свинцем об'єктів навколишнього середовища (вода, ґрунт, продукти харчування) з урахуванням розмірності його частинок. Зниження ризиків розвитку свинцевої інтоксикації та її наслідків для здоров'я людини може бути вирішено шляхом розробки та впровадження комплексу заходів, спрямованих на покращення умов праці, що сприятиме зниженню рівня експозиції, а також застосування відповідних засобів профілактики, які сприятимуть зниженню вмісту металу та підвищенню загально-біологічної реактивності організму.

Література:

1. Свинець в умовах промислових міст: зовнішня експозиція, біомоніторинг, маркери дії та ефекту, профілактика / І.М.Трахтенберг, Е.М.Білецька, В.Ф.Демченко [та ін.] // Довкілля та здоров'я. – 2002. – № 3(22). – С. 10-12.

2. Свинцева небезпека в Україні: сучасні реалії, проблеми та шляхи вирішення. / І.М.Трахтенберг, С.П.Луговський, Н.М.Дмитруха [та ін.] // Науковий журнал МОЗ України. – 2013. – № 3 (4). – С. 50-60.

3. Свинець – небезпечний полютант. Проблема стара і нова / І.М.Трахтенберг, Н.М.Дмитруха, С.П.Луговський [та ін.] // Сучасні проблеми токсикології, харчової та хімічної безпеки. – 2015. – № 3 (71). – С. 14-24.

4. Шушкевич Н.И. Влияние свинцового производства на популяцию населения промышленного города / Н.И. Шушкевич // Автореф. дис.... докт. биол. наук. – М., 2008 – 32с.

5. Meeting report: hazard assessment for nanoparticles – report from an interdisciplinary workshop / Balbus JM, Maynard AD, Colvin VL, Castranova V. [et al.] // Environ Health Perspect. – 2000. – №115 (11). – P.1654-1659.

6. European Convention for the Protection of Vertebrate Animals used for Experimental and Other Scientific Purposes. Strasbourg, 1986. https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/

7. Методи клінічних та експериментальних досліджень в медицині / [Беркало Л.В., Бобович О.В., Боброва Н.О. [та ін.]; за ред. Кайдашева І.П. – Полтава: Полімет, 2003. – 320 с.

8. Атомно-абсорбційні методи визначення макро- та мікроелементів у біологічних середовищах при порушенні їх обміну в організмі людини. Методичні рекомендації / Демченко В.Ф., Андрусишина І.М., Лампека О.Г., Голуб І.О. – К.: Авицена, 2010. – 60 с.

9. Антомонов М.Ю. Математическая обработка и анализ медико-биологических данных / М.Ю. Антомонов. – К.: ФМД, 2006. – 558 с.

Іванків З. Я.

ТАЄМНИЦІ ЛЬВІВСЬКИХ ТЕРЕНКУРІВ

Теренкури (від слів терен – місце, курація – оздоровлення) – це дозовані в часі і відстані прогулянки по рівній або пересічній місцевості з певним заданим фізичним навантаженням. Теренкур розвиває витривалість, покращує роботу серцево-судинної системи й органів дихання, стимулює обмін речовин, нервову активність. Звичайно, проводиться під наглядом лікаря.

Із середини XIX століття лікарі почали освоювати методи лікування, засновані на комбінації впливу кліматичних факторів і руху. Ще лікар Хартвіг (1845 року) та професор Вербер (1862 року) називали активний рух найважливішим доповненням до впливу гірського чи морського клімату і рекомендували пацієнтам лікувальне ходіння по стежках гірських курортів Німеччини та Швейцарії. 1885 року німецький лікар Макс Ертель, завдяки якому і з'явився термін *теренкур*, заснований на дозованих за відстанню, темпом і кутом нахилу маршрутів піших прогулянок, запропонував лікування огрядності і серцево-судинних захворювань.

Одним із перших теренкурів Європи вважається стежка у Львові на Знесінні (Кайзервальді), якою прогулювався сам австрійський цісар Франц Йосиф. Він, повертаючись із Баден-Бадену, заїжджає до Львова продовжити лікування в бальнеологічній лічниці «Кісельки» (зараз там розташований фармацевтичний завод «Галичфарм» корпорації «Артеріум») на гарячі купелі та лікувальну багнюку. Відчувши приплив сил від процедур та прогулянок, невдовзі цісар приїжджає вдруге до Львова. Як виявилось згодом, шлях монарха пролягав пересічною місцевістю вздовж гори Лева по Велесовому плато через давні язичницькі капища. На Знесінських пагорбах розташована велика кількість таких енергетичних зон, які понад 25 км. з'єднані стежками-теренкурами.

На думку багатьох фахівців, сьогодні місто Львів розташоване на перетині потужних енергетичних потоків, що проходять поверхнею Землі, до них долучається велика кількість малих енергетичних епіцентрів. Зокрема, проводились дослідження (Високий замок, Знесіння, Лиса гора та ін.), які тривали не один рік, і всі вчені одноголосно, застосовуючи відповідну апаратуру, дійшли висновку, що на всьому шляху теренкурів значно підвищений електромагнітний фон землі. Науково пояснюється таке незвичне явище стиком у цих місцях тектонічних плит. Там, де вони стикаються, існує певне потоншення і викид енергії Землі.

Про теренкури свого часу розповідав фахівець-радіоестезист Петро Янковий, який упродовж довгого часу вивчав енергетичні зони в Регіональному ландшафтному парку «Знесіння». У радянський період існували науково-дослідні установи біолокації, які входили до військово-промислового комплексу та системи органів держбезпеки, які були засекречені. Вони переважно працювали над розробкою психотронної зброї і проблемами розвідувального характеру. Нині можливості застосування радіоестезії якнайширші: визначення місця під забудову, пошук води, вирішення проблем оздоровлення та реабілітації тощо. У багатьох країнах світу радіоестезійні дослідження впроваджують у практику повсякденного життя. Зокрема, у будівельному законодавстві Швейцарії, Німеччини, Великобританії, Франції є положення, за яким перед початком будівництва слід обов'язково зробити радіестезійне дослідження місця, щоб виявити, чи не є воно геопатогенною зоною. Бо в іншому випадку, замість житла можна вибудувати гробницю, навіть не підозрюючи про це. Виявити енергію – як патогенну, так і позитивну – у квартирі, офісі, на ділянці землі можуть оператори біолокації.

А таку науку, як еніологія (енергоінформаційний обмін у природі та суспільстві) досліджує професор географії, завідувач кафедри Львівського державного університету ім. І. Франка, доктор географічних наук Валерій Петлін, який є одним із засновників еніології на теренах України. Щоправда, Валерій Петлін застеріг, що втручання в енергоінформаційні властивості будь-якої природної системи – це крок у незвідане, а відтак, невідомі та чисельні реакції-відповіді системи. Короткочасне перебування у зоні негативного випромінювання не є шкідливим. Але тривале, звісно, впливає на здоров'я людини.

Фахівець зазначив, що, скажімо, у геопатогенних зонах практично не псуються продукти. За його словами, в австрійських і польських будинках Львова більшість патогенних зон «загнані» у простінки. Тобто тодішні фахівці користувалися послугами фахівців із біолокації.

У давнину добре знали про такі зони і вміли оберігатися. На це вказує архітектура будівель народних хат, орнаменти українського народного одягу (вишиті сорочки, спідниці, запаски, кептарі, свитки), вироби гончарства (макітри, горщики, горнятка, келихи). Окрім свого прямого призначення, усе містило захисні функції і лікувальні властивості. Мабуть-таки, наші пращури жили набагато гармонійніше, були ближчими до Бога (Природи), аніж сучасники.

Також сенсацією виявилось дослідження вчених геолога Ю.М.Швайдака та фізика Р.С.Фурдуя про викид на місці розломів Земної кори екситонного газу або електронно-позитронної плазми, що благотворно впливають на навколишнє середовище та на психіку людини[1] [2] [3]. Про такі місця кажуть, що на людину сходить «Божа благодать». Є такі «місця сили» і у Львові – цілі маршрути, які досі не займані людьми, а відвідати їх можуть усі охочі, не залежно від релігії чи інших вподобань.

Будівничі старого Львова, очевидно, добре знали всі ці енергетичні потоки, свідомо їх враховували і використовували. На фасадах деяких львівських будинків ще можна побачити табличку з буквою «Т». Вона вказувала, що вулиця є водночас теренкуром, тобто ходити нею корисно для організму людини. Скажімо, ратуша стоїть у місці проходження кількох енергетичних потоків, територія Єзуїтського саду у Львові, нинішнього парку І.Франка, територія Стрийського парку. Позначка «Т» на будівлі гімназії по вул. С. Бандери. Така табличка була на воротах Національного музею, що на вул. Драгоманова. Теренкуром була дорога, що вела вниз від Академії друкарства на Підвальній. У вільну хвилину можна швидко поновити сили, пройтися по краях алеї, що біля Порохової вежі. На жаль, із плином часу безліч позначок у Львові просто зникає, а разом із ними й безцінні визначені стежки цілющих оздоровчих теренкурів.

Мальовничі екологічні стежки – теренкури Львова, які варто внести до лікувально-оздоровчих маршрутів:

– *парк Високий Замок* із унікальною енергетикою, подібною до єгипетської піраміди Хеопса:

1-й теренкур – дорога на Високий Замок із підйомом на Львівську піраміду кіпець оглядова площадка;

2- панорамна алея «Каштановий храм» на середній терасі парку Високий Замок із виходом на Лису гору;

3- джерело біля Онуфрійовського монастиря з Хресною дорогою.

– *Регіональний ландшафтний парк Знесіння*:

1 – екологічна стежка з кар'єрами ландшафтного парку(скансен піску і каменю);

2 – ландшафтна стежка Франца Йосифа – один із найдовших теренкурів в Європі;

3 – стежка Здоров'я з виходом на Світовидове поле;

4 – стежка Монаха;

5 – стежка краєзнавча на Іванову гору.

– *Винниківський лісо-парк із Чатовими скелями:*

1– екологічна стежка «Чатові скелі»;

2 – екологічна стежка руслом ріки Маруньки до Винниківського озера;

3 – екологічна стежка «Винники – гора Жупан»;

4 – історико-краєзнавча стежка «Цісарська криниця».

Ці об'єкти (теренкури) розташовані на території Регіонального ландшафтного парку «Знесіння» на Знесінсько-Винниківській гряді, що лежить на Європейському вододілі, де річки південного схилу належать до басейнів Чорного та Азовського морів. Звідти пішло поселення, яке тепер має назву Львів. Тут проростають букові, березові, дубові ліси, вишневі, черешневі, горіхові гаї, велика кількість джерел, енергетичні зони. У майбутньому на цій територія має бути створений профілактично-оздоровчий комплекс 21 століття під відкритим небом з використанням енергетичних властивостей землі, залучаючи знання давніх (тисячолітніх) традицій, обрядів, звичаїв нашого народу.

Найдорожче і найцінніше в людини – здоров'я. Здоров'я – це стан комфорту душі, тіла, життєвих енергій. Найвища життєва енергія – це Любов – гармонія позитивних емоцій. Спілкування з природою і землею дає нам наснагу для пізнання себе в житті.

Література:

1. Прелесть тайны / Р. С. Фурдуй, Ю. М. Швайдак. – К.: Либыдь, 1992. – 78 с.

2. Воробьев А. А. Физические условия залегания и свойства глубинного вещества. Высокие єлектрнческие поля в земных недрах. – Томск, 1975. – 298 с.

3. Ораєвський В. Н. Плазма на Землі і в Космосі. – К., 1980. – 204 с.

Калиниченко І. О., Латіна Г. О.

ВПЛИВ СОЦІАЛЬНО-ГІГІЄНІЧНИХ ЧИННИКІВ НА СТАН ЗДОРОВ'Я УЧНІВ СТАРШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ

Відомо, що здоров'я людини формується в нерозривній єдності біологічних, психологічних, соціальних факторів і факторів навколишнього середовища. Серед чинників негативних тенденцій у стані здоров'я школярів пріоритетне місце посідають умови життя і навчання. За останні роки в галузі гігієни дитинства накопичена значна інформація про зниження рівня здоров'я молодого покоління [1, 2]. За результатами попередніх досліджень установлено, що найбільш поширені зміни реєструються з боку опорно-рухового апарату (ОРА), органу зору, ендокринної, серцево-судинної (ССС) та нервової систем (НС), системи травлення (Калиниченко І. О., Латіна Г. О., Заікіна Г. Л., 2001 – 2015). Актуальність цієї проблеми значно зростає, враховуючи погіршення якості життя, соціальне розшарування суспільства, зниження життєвого рівня громадян.

Метою дослідження було визначити вплив деяких соціально-гігієнічних чинників на стан здоров'я учнів старшого шкільного віку.

Матеріали та методи. Під час комплексного медичного огляду обстежено 387 учнів (15-17 років) шкіл різного типу: двох закладів загальної середньої освіти (ЗСО) із традиційною формою навчання та гімназій. Серед учнів проведено анонімне анкетування, із використанням спеціально розробленої анкети, питання якої стосувалися основних елементів режиму життєдіяльності, обсягу рухової активності протягом дня, а також схильність до шкідливих звичок (куріння, вживання алкоголю). Результати анкетування підлягали подальшому ранжирування відповідно до гігієнічних норм і правил. Проаналізовано розподіл школярів за групами здоров'я, групам для занять фізичною культурою й результати тестування фізичних якостей.

Результати та обговорення результатів. У результаті дослідження було сформовано дві бази цифрових даних: 1) показники поширеності захворювань за даними медичного огляду; 2) ранжування оцінки відповідності гігієнічним вимогам елементів індивідуального способу життя. Для оцінки ризику формування патології в підлітків використаний байесівский підхід із визначенням ступеня залежності хвороби від професійної діяльності, яка для школярів пов'язана з тривалим впливом умов навчання. За цією методикою визначено вірогідність випадкових подій, а саме: ймовірність виникнення окремих нозологічних форм хвороб під впливом досліджуваних факторів. Відносний ризик (ВР) розраховували за допомогою відносини ймовірності ризику патології в групі з наявністю досліджуваного фактора Р (A_1) до ймовірності хвороби в групі з відсутністю негативного впливу цього фактора Р (A_2).

Результати та їх обговорення. Підлітки, які підлягали обстеженню, вчилися у школах різного типу, які відрізнялися різним рівнем гігієнічного благополуччя та різною організацією навчального процесу. Зокрема у традиційних класах ЗСО інтенсивність навчального процесу становила в середньому 44,9 у.о., що на 17,6% нижче, порівняно із середнім значенням за аналогічний показник у гімназійних класах. Тому вважали за доцільне виділити фактор «навчальний заклад» як такий, що впливає на стан здоров'я учнів.

Результати поглибленого комплексного медичного огляду підлітків навчальних закладів показали, що серед учнів шкіл нового типу захворюваність вище (1251,12 ‰), ніж серед школярів ЗНЗ із традиційною формою навчання (1017,17‰). У структурі виявлених захворювань у гімназистів переважають хвороби ендокринної системи, ока та придаткового апарату, а також опорно-рухового апарату, серед учнів ЗСО – хвороби ендокринної системи, крові (залізно-дефіцитні анемії), хвороби ока та придаткового апарату.

Якщо вважати, що відносний ризик – це характеристика сили зв'язку між впливом негативного фактора і патологічною ураженістю, то умови навчання в цілому виступають вагомим чинником розвитку хвороб системи травлення (1,1), НС (0,83), дихальної системи (0,94).

Фактор тривалості сну має найбільший вплив на виникнення хвороб очей (2,35). Ймовірно, це пов'язано з тим, що недосипання викликано більшою тривалістю підготовки домашніх завдань, переглядом телепередач, грою на комп'ютері, що є надмірним навантаженням на зоровий аналізатор.

Хвороби системи травлення етіологічно зумовлені нерегулярним харчуванням, що підтверджує його високий ризик (3,74).

Аналіз розрахунків показав, що вплив шкідливих звичок є провідним фактором у виникненні хвороби системи дихання (1,78), НС (1,18), системи травлення (1,79) серед підлітків. Тому своєчасна відмова від куріння і вживання алкоголю в підлітковому віці є єдино можливий крок запобігання їх негативного впливу на організм у подальшому житті.

Загальновідомо, що зниження рухової активності учнів призводить до виникнення ряду хвороб, погіршення фізичного розвитку і функційних можливостей організму. За результатами дослідження встановлено високий рівень відносного ризику хвороб для фактора «рухова активність», а саме: хвороб ССС (4,25) і НС (1,07). Слід зазначити, що у закладах освіти виявлено 10,5% учнів із нейроциркуляторною дистонією, етіологічними факторами якої є нервове перенапруження та ігнорування гігієнічними правилами життєдіяльності, що визначає напрями шляхів профілактики «шкільної патології». У той же час не встановлено підвищений ризик виникнення хвороб ОДА за умови низької рухової активності учнів. Зокрема виявлено 40,9% учнів, які мають викривлення хребта (із них порушення постави зареєстровано у 30,05% учнів, а група школярів зі сколіотичною хворобою становить 10,86% від загальної кількості обстежених) [3]. Це можна пояснити впливом комплексу соціально-гігієнічних факторів, які потребує подальшого вивчення.

Загальновідомо, що школа – це місце активної діяльності учнів протягом одинадцяти років найбільш інтенсивного періоду розвитку. При цьому учень знаходиться в середовищі зі значним потоком інформації, обмеженою руховою активністю, завдяки чому постійно витримує значне функційне напруження. З цього випливає, що резервом формування здоров'я може виступати шкільне фізичне виховання.

Відповідно до проведених досліджень, для занять фізичною культурою учні розподілені на три групи за станом здоров'я. Більшість підлітків (70,77 ± 2,58%) належить до основної медичної групи. Учні, які мали на момент огляду незначні відхилення у стані здоров'я і затримку фізичного розвитку, становили 11,4 ± 1,81% від усіх обстежених. Значні відхилення у стані здоров'я постійного або тимчасового характеру виявлено у 13,46 ± 2,08% школярів, що дозволило їх віднести до спеціальної медичної групи. Повністю звільнено від занять фізичною культурою (ФК) 4,37 ± 1,16% школярів. Причиною звільнення від занять ФК були хвороби ССС, опорно-рухового апарату, наслідки черепно-мозкових травм, складні порушення зору.

Фізична підготовленість (ФП) вважається інтегрованим показником адаптаційних можливостей організму і характеризується низкою об'єктивних факторів, серед яких пріоритетне місце посідають фізичні якості.

Встановлений факт вказує на те, що енергетичне забезпечення досліджуваних якостей нижче у школярів групи з гармонійним ФР. Слід підкреслити, що перевага показника витривалості серед учнів із недостатньою вагою свідчить про те, що їх максимальні аеробні можливості вище, ніж у школярів із гармонійним ФР.

Висновки. Таким чином, встановлено необхідність впровадження методології ризикометрії у практичну діяльність закладів охорони здоров'я та освіти. Перш за все, із метою соціально-гігієнічного моніторингу, в якому повинні використовуватися кількісні оцінки впливу способу життя школярів і навчального процесу на здоров'я, що зумовлено різними типами навчальних закладів.

При цьому слід зазначити, що вказаний методологічний підхід не може бути остаточним доказом виникнення окремої хвороби тільки у зв'язку із досліджуваним фактором. Тим не менше, використання цього підходу є доцільним для встановлення причинно-наслідкових залежностей, проведення соціально-гігієнічного моніторингу стану здоров'я, умов навчання і способу життя дітей,

Література:

1. Промоція здоров'я в закладах освіти, як стратегія розвитку громадського здоров'я в Україні / Г. М. Даниленко, Т. В. Меркулова, О. О. Голубнича // Актуальні питання громадського здоров'я та екологічної безпеки України : збірка тез доповідей науково-практичної конференції (чотирнадцяті марзєєвські читання) (Київ, 11 – 12 жовтня 2018 р.) / головний редактор академік НАМН України Сердюк А М. К.: ДУ «ІГЗ НАМНУ». С.146 – 148.

2. Стан фізичного здоров'я дітей шкільного віку та шляхи його підвищення / В. П. Неділько, Т. М. Камінська, С. А. Руденко та ін. // Перинатология и педиатрия. – 2009. – № 2(38). – С. 72–74

3. Калиниченко І. О. Гігієнічні аспекти збереження здоров'я школярів / І. О. Калиниченко // Молодий вчений» 2016. – № 11.1 (38.1). – С. 56 – 59.

Комов О. Д.

РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я ТА РАДІАЦІЯ

Минуло 32 роки після однієї з найстрашніших в історії людства катастроф – аварії на Чорнобильській АЕС. Багато чого зроблено для оцінки її наслідків, але з погляду гігієнічної оцінки маємо зупинитися на поняттях репродуктивного здоров'я, особливо для населення наших Поліських районів, яке понад три десятки роки потому зазнало радіаційного впливу і продовжує проживати в умовах "хронічного" внутрішнього опромінення.

Поняття «репродуктивне здоров'я» набуло поширення в світі у 80-х роках минулого століття. Своїм змістом певною мірою воно пов'язане із захистом прав жінок і чоловіків на охорону здоров'я в сфері репродуктивної системи і здоровий спосіб життя.

За прийнятим ВООЗ визначення «репродуктивне здоров'я – це стан повного фізичного, духовного й соціального благополуччя, а не просто відсутність захворювань або слабкості у всьому, що стосується репродуктивної системи організму й її функцій і процесів»

Вивчення впливу іонізуючої радіації на репродуктивне здоров'я є однією з центральних проблем громадського здоров'я з позицій радіаційної медицини. Це пояснюється не лише високою чутливістю окремих органів та систем до радіаційного впливу.

Із бурхливим зростанням атомної енергетики у 20-му столітті широким застосуванням джерел випромінювання в різних галузях промисловості, науки і медицини в усьому світі значно зросли контингенти осіб, що піддаються додатковому (до фонового) опроміненню. Особливий внесок у аварійному опромінені значної кількості населення стала Чорнобильська катастрофа, дія якої продовжує впливати на великі контингенти. Серед цієї когорти є вірогідність ризику появи радіаційних ефектів, які безпосередньо зачіпають їхнє репродуктивне здоров'я.

Незважаючи на актуальність і важливість цієї проблеми до теперішнього часу в доступній літературі відчувається очевидна потреба в узагальнюючих монографіях, в яких були б проаналізовані результати епідеміологічних і клініко-фізіологічних досліджень за всіма основними аспектами цієї багатопланової проблеми. Наявні публікації торкаються лише окремих (хоча і важливих) аспектів впливу іонізуючого випромінювання на репродуктивне здоров'я, які до того ж розглядають поза їхнього зв'язку з іншими, не менш важливими його показниками.

За час що минув після Чорнобильської трагедії в багатьох із опублікованих робіт відзначається суперечливість (вітчизняних та іноземних) наведених даних, які мають відношення до репродуктивного здоров'я. Так, наприклад, оцінки можливих генетичних наслідків Чорнобильської аварії коливаються від тверджень про відсутність взагалі будь-якого мутаційного ефекту до висловлювань про серйозну загрозу генофонду людства. Через 32 роки після катастрофи залишилися невирішеними багато питань, які стосуються здоров'я опроміненого населення. Висловлено суперечливі думки щодо впливу радіаційного чинника в малих дозах на здоров'я жителів, які проживають на забруднених радіонуклідами територіях.

За останні десятиліття проблеми, пов'язані зі збереженням та зміцненням «загального» і репродуктивного здоров'я, стали предметом обговорення серйозних міжнародних організацій – Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), Наукового Комітету з дії Атомної Радіації (НКДАР), Міжнародної Агенції з Атомної Енергетики (МАГАТЕ), Міжнародного Комітету Радіаційного Захисту (МКРЗ) та ін.

Корисно навести ряд цитат, оскільки наразі, як показує практика, не всім хто вивчає спадкові генетичні ефекти радіації на популяціях людини в країнах СНД, знайомі відповідні положення міжнародних організацій.

У звіті НКДАР-2006 (виданий в 2008 році) зазначено наступне: *«До теперішнього часу для опромінених популяцій людини не продемонстровані успадковані генетичні патології".*

У повідомленні медичного комітету Великобританії з радіаційного впливу, відзначено, що відомостей про успадкованих генетичних ефектів радіації у людей немає.

"*Безліч епідеміологічних досліджень виявилися нездатні виявити докази основних ефектів опромінення батьків до зачаття як серед нащадків тих, хто вижив після атомних бомбардувань в Японії, так і серед працівників, які піддавалися впливу радіації".*

Цей же факт відображений і в МКРЗ-103 (2007): "*Хоча залишається ситуація, що жодні дослідження на людях не дали прямих доказів обумовлених опроміненням успадкованих патологій, дані на експериментальний тварин надають незаперечні передумови для МКРЗ продовжувати використовувати генетичні підходи в плані оцінок цих ризиків".*

МАГАТЕ і, нещодавно, ВООЗ стверджують, що в регіонах, забруднених після Чорнобильської аварії, дози опромінення занизькі, щоб встановити ризик для ембріонів, що розвиваються. Але ці організації не покликаються на дослідження в Рівненському Поліссі.

Натомість науково-практичні наробки спеціалістів Рівненського обласного лабораторного центру дають всі підстави стверджувати наявність чіткого взаємозв'язку між впливом малих доз внутрішнього опромінення населення та ростом вроджених вад розвитку (зрощення близнюків, тератому, дефекти невральної трубки, мікроцефалію та ін.). Результати отримані під керівництвом професора В.Вертелецького (директор Українсько-Американської Програми запобігання вродженим вадам розвитку, завідувач кафедри медичної генетики Університету Південної Алабами, США) демонструють стійке і тривале підвищення популяційних частот специфічних вроджених аномалій, які є серед найвищих у Європі, а загальна частота "ключових аномалій" є більш статистично значущою в Поліссі, ніж не в Поліссі.

Під час розгляду питання про гігієнічну оцінку здоров'я людини можна видокремити наступні вихідні положення:

1. Здоров'я людини перебуває в певних взаємозв'язках із довкіллям.

2. Оптимально розвинені взаємозв'язки і взаємини людини з середовищем існування, його здоров'я прагне до норми, а середовище сприймається як «здорове». Це умова рівноваги і гомеостазу, в яких людина може успішно здійснювати свої біосоціальні функції.

– Якщо ці взаємозв'язки і взаємини супроводжуються відхиленнями здоров'я людини від норми, що відображається, зокрема, у формі хвороб, то середовище оцінюється як нездорове.

– Якщо ці взаємини складаються таким чином, що людина не може виконувати свої біосоціальні функції, а життя в подібних умовах стає неможливим, середовище оцінюється як екстремальне.

Гігієнічна оцінка впливу іонізуючого випромінювання, на наш погляд, дотримується головної концепції: "*Будь-яка доза іонізуючого випромінювання відмінна від нуля може викликати той чи інший біологічний ефект" і орієнтована насамперед на встановлення ступеня його небезпеки для здоров'я наступних поколінь.*

Надзвичайно важливим є проведення досліджень із метою встановлення причинно-наслідкових зв'язків. Необхідна підвищена увага до результатів вагітності в контексті рівнів цезію-137 та інших радіонуклідів, інкорпорованих жінками, що проживають на Поліссі. Необхідно негайно якнайширше впроваджувати відповідні профілактичні заходи, зокрема з метою зниження негативного впливу радіонуклідів на здоров'я вагітних жінок і дітей. Постійно підвищені частоти спинномозкової кили та інших вад невральної трубки зумовлюють потребу у збільшеннні споживання фолієвої кислоти усіма жінками репродуктивного віку.

Для подальшого вивчення стану репродуктивного з наслідками радіаційного впливу засвідчує необхідність поширення міжнародного консорціуму для продовження молекулярних, генетичних, імунологічних, епідеміологічних досліджень у забруднених радіацією районах. Такі дослідження висвітлять важливі для українського суспільства факти і допоможуть краще зрозуміти весь комплекс причин порушення репродуктивного здоров'я та впровадити профілактичні заходи.

Окрім цього, необхідно враховувати, що порушення репродуктивної функції, виявлені як у батьків, так і їхнього потомства, можуть мати істотний вплив на величину їхнього здоров'я, зокрема, на самопочуття і працездатність.

Кунинець О. Ю.

РЕОРГАНІЗАЦІЯ ПРОФІЛАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ – ПИТАННЯ НАЦІОНАЛЬНОЇ ВАГИ!

Сьогодні майже в кожному ЗМІ обговорюють питання реорганізації галузі охорони здоров'я, зокрема її профілактичної складової. Звичайно, час не стоїть на місці і потреба в реорганізації системи профілактики давно стала необхідністю. Але чи на правильному ми шляху?

Санітарно-епідемічне благополуччя населення України зараз перебуває у вкрай критичному стані, однією з причин якого є "розгром" системи держсанепіднагляду. Ця система потужної профілактичної медицини, в тому числі і на залізничному транспорті, формувалася впродовж 80-ти років та була головним і ефективним фактором профілактики негативного впливу на здоров'я людини безлічі будь-яких шкідливих природних, техногенних та інших чинників. Практичні працівники держсанепідслужби та науковці профільних гігієнічних інститутів МОЗ України кількох поколінь роками відшліфовували профілактичну спрямованість гігієнічних аспектів охорони праці, гігієни дітей і підлітків, комунальної гігієни, гігієни харчування, радіаційної гігієни, профілактику інфекційних захворювань (чума, холера, віспа, туберкульоз та інші). Абревіатура СЕС і досі позитивно сприймає свідомість більшості простого населення України як структури, що в межах повноважень сприяла санепідблагополуччю у всіх сферах життєдіяльності.

Однак, протягом останнього десятиліття держава формально втратила інтерес до санітарно-епідемічного благополуччя населення. Незрозуміле реформування в останні роки призвело до руйнації профілактичної медицини, яка була започаткована ще Семашком М.О., і яка, за визнанням ВООЗ, була найефективнішою.

Така «державна політика» обернулася ростом захворюваності та смертності населення, значним поширенням спалахів різного роду інфекційних захворювань та харчових отруєнь. Складною залишається проблема вакцинації населення, не вщухає епідемія туберкульозу. Аналогічна ситуація спостерігається й у виробничій структурі залізничного та інших видів транспорту, де працюють сотні тисяч працівників і який щорічно обслуговує десятки мільйонів громадян України та іноземців (перевозить, харчує, надає послуги відпочинку та ін.).

Надзвичайну стурбованість викликає статистика – якщо 2012 року, коли тільки почали реорганізацію санепідслужби, в Україні було зареєстровано 28 спалахів масових гострих кишкових інфекцій і харчових отруєнь, то у 2013 році таких спалахів зареєстрували 48.

А 2018 року станом на жовтень в Україні вже зареєстровано 712 спалахів інфекційних захворювань. Таким чином збільшення у 25 разів кількості спалахів в Україні свідчить про те, що наразі ми не можемо покластись на відповідальність керівників підприємств та закладів, зокрема бізнесу, за надання послуг, випуск продукції з дотриманням санітарно-гігієнічних вимог, і це призводить до подальшого погіршення епідемічної ситуації з гострих кишкових інфекцій, вірусних гепатитів, ботулізму тощо.

Зруйнована система імунопрофілактики населення призвела до виникнення в цьому році 550 спалахів кору, реєстрації випадків правця в дітей, виникнення загрози спалаху дифтерії. У свій час працівники санепідслужби без зайвого ажіотажу, залучення медіа, експертів контролювали ситуацію із вакцинацією (дотримання «холодового ланцюга», планування, роз'яснювальна робота серед батьків та ін.), у результаті чого охоплення щепленнями протягом багатьох років не знижувалося нижче 94-95%, тобто у країні був забезпечений колективний імунітет із керованих інфекцій.

Сумнівна економія на профілактиці (попередженні) захворювань людей обернеться, і вже обертається, стократно більшими фінансовими затратами на лікування хвороб та їх наслідків у державному масштабі. За 25 років незалежності населення України зменшилося майже на 10 млн. і це не може не викликати стурбованості, зокрема у МОЗ України та інших причетних владних структур.

Ми хочемо рівнятися на європейські країни, але аналогічні служби санепіднагляду існують в багатьох європейських країнах. До прикладу, у Польщі, яка є членом Євросоюзу, збережена Державна Санітарна Інспекція, яка забезпечує здійснення запобіжного і поточного санітарного нагляду, зокрема гігієни середовища, а особливо питної води, чистоти атмосферного повітря, грунту тощо; промислової гігієни; умов виробництва продукції, зберігання й продажу продовольства, зокрема нагляду за якістю та безпечністю харчових продуктів; здійснення профілактичної й протиепідемічної діяльності в сфері інфекційних хвороб та інших хвороб, як спричиняють умови середовища; санітарної охорони території країни від завозу небезпечних хвороб; проведення освітньої діяльності та ін.

Ми наочно пересвідчилися, наскільки потужно розвинений профілактичний напрямок медицини в наших сусідніх країн, під час проведення спільних запобіжних заходів Євро-2012.

Наведена катастрофічна, неконтрольована епідемічна ситуація та значний ріст інфекційної та неінфекційної захворюваності в Україні вимагає негайного перегляду концепції національної системи громадського здоров'я з наголосом на профілактичне спрямування, що не суперечить світовій практиці, враховуючи те, що сьогодні ВООЗ ставить перед сучасною системою охорони громадського здоров'я вимоги щодо забезпечення епідемічного благополуччя населення; здійснення моніторингу та реагування на загрози для здоров'я і надзвичайні ситуації; захисту здоров'я, безпеки навколишнього середовища, праці, харчових продуктів та ін.; профілактики хвороб, зокрема раннього виявлення порушень здоров'я; забезпечення компетентними кадрами; зосередження на досягненні оптимальних умов для здоров'я, комплексній системі покращення рівня життя, продовженні тривалості життя, інвестування в профілактику поколінь.

Для втілення в життя цих програмних заходів необхідні не лише ресурси, але й кваліфіковані кадри. На даний час наявні лабораторні підрозділи, зокрема на транспорті, укомплектовані висококваліфікованими фахівцями, які володіють багаторічним досвідом роботи саме в галузі здійснення держсанепіднагляду та профілактики.

Звісно, сьогодення вимагає нових підходів, перегляду старих та прийняття нових нормативно-правових актів, визначення повноважень та критеріїв щодо здійснення запобіжних профілактичних заходів тощо.

Багаторічний досвід спостережень свідчить про необхідність вивчення та виявлення причинно-наслідкових зв'язків між станом здоров'я населення й факторами впливу на нього середовища життєдіяльності людини, зокрема біологічними (вірусні, бактеріальні, паразитарні), хімічними, фізичними (шум, вібрація, ультразвук, інфразвук, тепловий, іонізуючий, неіонізуючий та інші види випромінювання), соціальними (харчування, водопостачання, умови побуту, праці та відпочинку) та іншими. На основі виявлення факторів, що шкідливо впливають на стан здоров'я населення, їхнього системного аналізу та оцінки ризику для здоров'я людини повинні розроблятися управлінські рішення та довгострокові програми на державному, регіональному та місцевому рівнях щодо прогнозування стану здоров'я населення та запобігання і усунення шкідливого впливу.

Транспорт загалом, а залізничний, зокрема, як ніяка галузь народного господарства, є зоною надзвичайно високого ступеня ризику в епідемічному та техногенному відношенні через потужні, які весь час збільшуються, міграційні процеси в країні, зокрема транскордонні перевезення пасажирів та небезпечних вантажів, і потребує посиленого кваліфікованого нагляду, тим паче, що в наявній службі відпрацьовані механізми ефективного впливу на виникаючі ризики в забезпеченні санітарно-епідемічного благополуччя галузі, зокрема у випадку техногенних аварій. Необхідно також враховувати екстериторіальність транспортної галузі, а також міжнародні зобов'язання України щодо виконання вимог Міжнародних медико-санітарних правил (MMSP) із профілактики, виявлення та локалізації випадків ввезення і розповсюдження інфекційних хвороб, які мають міжнародне значення.

Після ліквідації санепідслужби, – системи профілактичного напрямку медицини, – створені лабораторні центри, які по суті після переведення їх на фінансування з місцевого бюджету можуть бути знищені як «острівок» профілактичної медицини. Тоді ж на базі цих лабораторних центрів (без зайвих витрат та вкладення значних фінансових ресурсів) може бути створена структура, яка забезпечить профілактичний напрямок охорони здоров'я.

Із метою створення системи забезпечення санітарно-епідемічного благополуччя та захисту громадського здоров'я, а також раціонального використання потенціалу висококваліфікованих фахівців, які

володіють багаторічним досвідом профілактичної діяльності, ми неодноразово надавали свої пропозиції, зокрема щодо створення на базі наяних лабораторних центрів єдиної Державної структури (центру, служби), яка була б наділена функціями і повноваженнями нагляду, спостереження, моніторингу дотримання в країні законодавства щодо забезпечення санітарно-епідемічного благополуччя.

Щодо транспортної галузі, то, враховуючи екстериторіальність діяльності цієї галузі, яка не обмежується чіткими границями областей, районів, доцільно створити єдину Державну структуру (центр, службу) на транспорті (залізничний, повітряний, водний, автомобільний).

Важливо також забезпечити Державний статус функціювання створених структур, оскільки переведення їх на фінансування з місцевого бюджету призведе до потрапляння в залежність до адмінресурсу та різкого зменшення цільового фінансування. А з метою правового забезпечення діяльності розробити науково адаптовані та інтегровані з міжнародним законодавством нормативно-правові акти у сфері санітарного законодавства України з визначенням критеріїв нагляду, спостереження, моніторингу тощо.

Питання реорганізації профілактичної медицини має розглядатися на найвищому рівні, адже це питання національної безпеки країни із залученням профільних спеціалістів з епідеміології та гігієни, як практиків, так і науковців, із широким обговоренням серед громадськості.

Від забезпечення санітарно-епідемічного благополуччя залежить майбутнє Держави!

Лебедь О. О., Мислінчук В. О., Лисиця А. В.

ЗВ'ЯЗОК КОНЦЕНТРАЦІЇ РАДІОАКТИВНОГО ГАЗУ РАДОНУ В ЖИТЛОВИХ ПРИМІЩЕННЯХ З РИЗИКОМ ВИНИКНЕННЯ ОНКОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ

Актуальним питанням є оцінка ризику захворюваності онкологічними легеневими хворобами та смертності від них у зв'язку з опроміненням під час вдихання внутрішньобудинкового радону населенням. Цей газ потрапляє в житлові приміщення переважно з ґрунту, а найбільші його концентрації – в підвальних, напівпідвальних приміщеннях та на перших поверхах будинків. Вплив на здоров'я населення радіоактивного газу Радону-222 викликає занепокоєння в багатьох країнах світу. Так зокрема вважають, що в США він провокує приблизно 21000 смертей на рік через рак легенів [1]. Фактично, це робить радон другою найважливішою причиною цієї хвороби після тютюнопаління. Дослідження, проведені в США, показують, що ризик захворювань на рак легенів (в основному, на аденокарциному, лусковидну карциному й саркому лімфатичних вузлів) збільшується на 11% при збільшенні концентрації радону в житлі на кожні 100 *Бк/м*^{3} [2]. Дослідження проблеми радону в будинках привернули пильну увагу спочатку медіа, а потім і Конгресу США [3]. 1986 року Агентство США із захисту навколишнього середовища встановило рівень, вище якого рекомендовано проводити спеціальні заходи для зниження вмісту цього газу (будівельні та вентиляційні). Цей рівень для житлових будинків у США становить 148 *Бк/м*^{3}. Приблизно 7% будинків країни мають концентрації радону вищі зазначеного рівня. 1987 року радон був визнаний серйозною небезпекою для здоров'я американців, а 1988 року Конгрес США прийняв «Закон про заборону радіації у повітрі». Цим законом були визначені мета і завдання зі зниження концентрації радону в будинках та інших приміщеннях країни. У 29 штатах визначення концентрації радону в житлі стало обов'язковим елементом операцій із нерухомістю.

Європейські інституції також сформулювали вимоги стосовно обмеження радіаційного забруднення територій проживання в Європі. Зокрема, в Council Directive 2013/59/EURATOM [4] сформульовано конкретні вимоги до національних законодавств країн-членів ЄС щодо вирішення загальної проблеми впливу експозиції радону на глобальний стан здоров'я населення Європи. Ця директива набула чинності на початку 2018 року. Згідно неї, запроваджено базовий рівень середньорічної концентрації радону який становить 300 *Бк/м*^{3} для житлових приміщень та робочих місць. Також державам ЄС пропонується розробляти свої власні «плани дій щодо радону». Такі дії передбачають розробку методів та показників для вимірювання та оцінки концентрації радону. В Україні обізнаність населення з «радоновою проблемою» є досить низькою, хоча забрудненість радоном житла подекуди в декілька разів перевищує норму, встановлену в ЄС [5].

Метою нашого дослідження було оцінення ризику виникнення раку легенів через інгаляцію радону з внутрішньобудинкового повітря в дихальні шляхи жителів м. Рівне.

Вимірювання об'ємної активності (*ОА*) радону проводили за допомогою радонометра «Альфарад Плюс» у 600 приміщеннях перших поверхів, напівпідвальних та підвальних приміщень житлового та виробничого фонду 48 тест-полігонів м. Рівне протягом 2013-2016 рр. з корекцією на сезон вимірювань, оскільки внутрішньобудинкові значення *ОА* радону змінюються в залежності від сезону (вони найвищі взимку й найнижчі влітку). Основними завданнями вимірювань були визначення радононебезпечних ділянок у Рівному, оцінка відсотку житлових приміщень зі значеннями *ОА* вище допустимого рівня (200 *Бк/м*^{3}, будівельні норми) та дослідження факторів, що впливають на концентрацію радону. Розбиття міста на сітку з квадратами площею приблизно 900 *м*^{2} забезпечував однорідний географічний розподіл вимірювань. Розподіл внутрішньобудинкових значень *ОА* радону носить логнормальний характер. Середнє геометричне значення *ОА* для підвальних приміщень склало 365 *Бк/м*^{3}, а для напівпідвальних приміщень – 161 *Бк/м*^{3}, що перевищує будівельні норми для обох типів приміщень. Для житлових приміщень перших поверхів Рівного середнє значення *ОА* склало 127 *Бк/м*^{3}, максимальне

– 714 *Бк/м*^{3}. Отримані результати показують, що частка житла перших поверхів, в якому рівень радону перевищує допустимі значення, становить 6,6% тоді, якщо враховувати всі досліджувані приміщення, вона становить – 14,23%.

Нами обраховано приблизну кількість смертей населення м. Рівне від раку легенів, пов'язаних з експозицією радону в приміщеннях міста, із огляду на невизначеність щодо залежності «доза-ефект». Залежно від типу обраної моделі оцінки ризику, загальна кількість смертей від раку легенів, пов'язаних з експозицією радону в приміщеннях міста, становить від 5 до 128 на рік для чоловіків та від 1 до 23 для жінок. Це є від 3 до 64% всіх смертей щорічно в досліджуваний період від раку легенів для чоловіків і від 3 до 77% для жінок. Також була визначена кількість смертей від раку легенів у зв'язку з внутрішньобудинковим радоном із середнім значенням *ОА*=200 *Бк/м*^{3} для курців та осіб, що не палять. Виявилось, що для курців, особливо у старшому віці, ризик смертності через вплив радону суттєво знижується. Цей парадокс пояснив ще Б. Коен [6] за результатами обстеження 600 тис. житлових будинків в США. Вивчена вибірка становила близько 200 млн. осіб, тобто на той час це приблизно 80% населення США. У людини, котра палить, через тютюновий дим, що поступає в легені, концентрація радону суттєво менша, а значить, суттєво менше й опромінення. Але таке зменшення рівня опромінення радоном із лихвою перекривається декількаразовим збільшенням імовірності захворюваності на рак легенів через паління.

Крім того, ми розрахували очікуване скорочення тривалості життя населення м. Рівне, пов'язане з радоном. За різними моделями, проживання в будинку з середньою об'ємною активністю радону 200 *Бк/м*^{3} скорочує життя рівнян від 1,2 до 4 років залежно від моделі розрахунку ризику. Хоча зменшення тривалості життя є дещо абстрактною статистичною величиною, яку можна застосовувати лише на рівні популяції, а не окремого індивідуума, все ж, ця величина є однією з найважливіших характеристик, що дозволяє оцінити екологічне і соціальне благополуччя того або того регіону. Додатковою перевагою оцінки очікуваного скорочення тривалості життя є можливість переходу від абстрактних числових оцінок (ймовірності виникнення онкозахворювань, очікуваної кількості захворювань тощо) до оцінок, що дозволяють за певних умов перейти до економічних оцінок збитку здоров'ю через опромінення населення. Аналогічні розрахунки для тієї частини населення м. Рівне, яке палить і проживає в будинках з *ОА*=200 *Бк/м*^{3}, показали прогнозоване скорочення тривалості життя від 2,5 до 7,41 років.

Отже, існує прямий зв'язок між рівнем об'ємної активності (*ОА*) радону в житлових приміщеннях і частотою виникнення онкологічних захворювань дихальних шляхів. Вимірювання концентрації радону в приміщеннях м. Рівне свідчать про її значну варіабельність, розподіл *ОА* в будинках носить логнормальний характер. Середнє геометричне значення *ОА* для підвальних приміщень становить 365 *Бк/м*^{3}, а для напівпідвальних приміщень – 161 *Бк/м*^{3}, що перевищує будівельні норми для обох типів приміщень. Для житлових приміщень перших поверхів міста Рівне середнє геометричне значення *ОА* становить 127 *Бк/м*^{3}. Проаналізовані та апробовані нами методи і моделі можуть бути ефективно застосовані під час визначення рівня радонової загрози для будь-яких населених пунктів регіону. Визначення вмісту радону в житлових приміщеннях і розробка ефективних засобів профілактики буде сприяти мінімізації ризиків для здоров'я населення.

Література:

1. Samet J.M. Radiation and cancer risk: a continuing challenge for epidemiologists. Environ. Health, 10 (1) (2011), P. 541-549.

2. Krewski D., Lubin J.H., Zielisnski J.M. et al. Residential radon and risk of lung cancer: a combined analysis of 7 American case-control studies**.** Epidemiology, 16 (2005), P. 127-145.

3. King R.D. The legal implications of residential radon contamination: the first decade. 18 Wm. & Mary // Envtl. L. & Pol'y Rev., 107 (1) (1993), P. 107-173.

4. Council of the European Union. (2014). Council Directive 2013/59/EURATOM. Available from: https://publications.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/65527fd1-7f55-11e3-b889-01aa75ed71a1/language-en/ Accessed on 25.12.2017.

5. Lebed O. O., Klimenko M. O., Lysytsya A. V., Myslinchuk V. O. Effect of Radon on oncological morbidity of the population: comparative analysis of some region of Ukraine and France // Ukrainian Journal of Ecology, 8(1) (2018), P. 585-595. doi: 10.15421/2017_253

6. Cohen B.L., Shah R.S. Radon levels in United States homes by states and counties // Ibid., Vol. 60 (1991). № 2. P. 243–259.

Малишевська О. С., Гаркавий С. І., Гречух Л. С.

ЕКОЛОГО-ГІГІЄНІЧНА ОЦІНКА ЦЕМЕНТНИХ КОМПОЗИЦІЙ, НАПОВНЕНИХ ПЕРЕРОБЛЕНИМИ ПОЛІМЕРНИМИ ВІДХОДАМИ, ПОВЕРХНЯ ЯКИХ ОБРОБЛЕНА ПОВЕРХНЕВО-АКТИВНИМИ РЕЧОВИНАМИ

Для забезпечення практичної реалізації вимог ЄС щодо поводження з твердими побутовими відходами, шляхом зменшення кількості полімерних побутових відходів, що потрапляють на полігони та звалища [1-4], ми розробили технологію виготовлення композиційних сумішей на цементній основі. Запропоновано додавати в композиції перероблені механічним шляхом побутові полімерні відходи, на поверхню яких для покращення зчеплення полімерів із компонентами цементної матриці нанесено ПАР.

Метою науково-дослідної роботи було провести еколого-гігієнічну оцінку матеріалів виготовлених із цементних композицій наповнених переробленими полімерними відходами на поверхню яких нанесено ПАР.

Проведено аналіз гігієнічних властивостей матеріалів виготовлених із цементно-піщаних композицій, наповнених переробленими полімерними відходами, на поверхню яких нанесено ПАР, що були одержані в процесі натурних інструментальних досліджень у сертифікованих лабораторних центрах ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет» та обладнання і фахівцями ДУ «Івано-Франківський обласний лабораторний центр МОЗ України» для НДР № 0117U004237, який дозволив встановити вплив різних агресивних середовищ на їх хімічну деструкцію.

Дослідження проводили із використанням відходів поліетилентетрфталат (ПЕТФ), полівінілхлориду (ПВХ) та суміші поліетилену та поліпропілену (ПЕ+ПП); шлако-портландцементу; піску митого; пристрою для механічної активації полімерних відходів; міксерного змішувача; лауретсульфат натрію, сульфанол, N – цетил N_1, N_1, N_1 – триметиламоній бромід, кокамідопропілбетаін, неонол, проксанол ЦЛ – 3, вагів лабораторних; хімічних реактивів та необхідного обладнання для проведення титрування. Розрахунки проводили згідно з СНиП 2.03.11-85 Защита строительных конструкций от коррозии [5], ДСТУ 4079-2001. Визначення загального вмісту хлоридів [6]. Підготовку цементно-піщаної суміші та дослідження фізико-механічних властивостей зразків проводили за методиками стандартів EN 12390-5 і EN 206-1 [7, 8].

Аналіз отриманих результатів еколого-гігієнічної оцінки зміни хімічної стійкості цементних композицій, наповнених полімерними відходами у різних хімічно-агресивних середовищах, показав, що для всіх без винятку зразків цементних композицій, наповнених різними типами полімерних відходів, на поверхню котрих було нанесено ПАР, значно покращились показники хімічної стійкості у всіх змодельованих агресивних середовищах. Втрата зразків представлена сумішшю неорганічного аморфного осаду склала:

а) для зразків без наповнювача – у 10 % розчині H_2CO_3 – 5,4 %, у 10 % розчині $MgCl_2$, – 2,76 %; у 10 % розчині Na_2SO_4 – 7,53 %, у дистильованій воді – 0,32 %; у дощовій воді – 1,94 %;

б) для зразків без наповнювача з ПАР – у 10 % розчині H_2CO_3 – 4,23 %, у 10 % розчині $MgCl_2$, – 2,67 %; у 10 % розчині Na_2SO_4 – 5,8 %, у дистильованій воді – 0,31 %; у дощовій воді – 1,37 %;

в) для зразків, наповнених ПЕТФ-відходами з вмістом від 1 % до 25,25 % від маси наповнювача обробленого ПАВ, корозійна втрата маси складала: у 10 % розчині H_2CO_3 – від 0,22 % до 1,97 %; у 10 % розчині $MgCl_2$ – від 3,74 % до 9,8 %; у 10 % розчині Na_2SO_4 – від 3,87 % до 6,2 %; у дистильованій воді – від 0,08 % до 0,137 %; у дощовій воді – від 0,23 % до 1,16 %;

г) для зразків, наповнених сумішшю ПЕ+ПП відходів із вмістом від 0,25 % до 6,75 % від маси наповнювача обробленого ПАВ, корозійна втрата маси складала: у 10 % розчині H_2CO_3 – від 0,106 % до

2,57 %; у 10 % розчині $MgCl_2$ – від 2,08 % до 4, 83 %; у 10 % розчині Na_2SO_4 – від 2,12 % до 6,48 %; у дистильованій воді – від 0,24 % до 0,117 %; у дощовій воді – від 0,16 % до 1,42 %;

д) для зразків, наповнених ПВХ-відходами з вмістом від 1 % до 26,5 % від маси наповнювача обробленого ПАВ, корозійна втрата маси складала: у 10 % розчині H_2CO_3 – від 0,18 % до 1,76 %; у 10 % розчині $MgCl_2$ – від 2,24 % до 5,92 %; у 10 % розчині Na_2SO_4 – від 2,46 % до 6,78 %; у дистильованій воді – від 0,107 % до 0,163 %; у дощовій воді – від 0,207 % до 1,26 %.

Гігієнічні дослідження встановили, що продуктом деструкції зразків цементно-піщаних композицій, наповнених полімерами, є суміш неорганічного аморфного осаду, основну масу якого складає: CaO, $Ca(OH)_2$, $Ca(HCO_3)_2$ від 97,4 % до 98,2 % від загальної маси осаду, інше – $Mg(OH)_2$, $Al_2(OH)_3$. Продукти деструкції є нетоксичними нерозчинними або малорозчинними простими неорганічними сполуками, що не чинять негативного впливу на компоненти довкілля та людину. Найкращі показники стійкості в агресивних середовищах були в цементних композицій, наповнені полімерними відходами, на поверхню яких було нанесено лауретсульфат натрію. У жодному зразку не виявлено ПАР у зв'язку із їх мізерною кількістю під час нанесення на поверхню полімерних відходів.

Література:

1. Закон України «Про відходи» Відомості Верховної Ради України (ВВР), 1998, N 36-37, остання редакція від 04.10.2018. – 242 с.

2. Постанова Кабінету Міністрів України від 04.03.2004 № 265 «Про затвердження Програми поводження з твердими побутовими відходами».

3. Directive 2008/98/EC of the European Parliament and of the Council of 19 November 2008 on waste and repealing certain Directives. http://narodirossii.ru/?p

4. Malyshevska O. S. [Текст]. Ecological and hygienic characteristics of main methods of processing of polymeric domestic waste // Modern scientific researches. Issue 5. Part 1. 2018. P. 100-111. DOI: 10.30889/2523-4692.2018-05-01-047 https://www.modscires.pro/index.php/msr/article/view/msr05-01-047.

5. СНиП 2.03.11-85. Защита строительных конструкций от коррозии [Текст]. – Утв. Госстрой СССР 1996. – Москва: Госстрой СССР, 1996. – 56 с.

6. ДСТУ 4079-2001. Визначення загального вмісту хлоридів. Титрування нітратом срібла із застосуванням хромату, як індикатора (метод Мора). – Введ. 28.12.2001. – К.: Держстандарт України, 2002. – 6 с.

7. EN 206-1 Concrete – Part 1: Specification, performance, production and conformity. June 2013. file:///C:/Users/радикюра/Downloads/previews_1916884_pre.pdf

8. BS EN 12390-5:2009. Testing hardened concrete Part 5: Flexural strength of test specimens. April 2009. https://infostore.saiglobal.com/preview/is/en/2009/i.s.en12390-5-2009.pdf?sku=1115300

Мелешко І. Р.

ПРОМОЦІЯ ЗДОРОВ'Я ТА ПРОФІЛАКТИКА ЗАХВОРЮВАНЬ: ДЕЯКІ АСПЕКТИ

Швидкий плин життя зумовлює необхідність все більше уваги привертати здоров'ю, що залишається найвищою цінністю для кожної людини. Турбота про здоров'я – це своєрідна інвестиція у побудову благополуччя та економічне зростання для всього суспільства.

У світі охорона громадського здоров'я, профілактика захворювань і концепція промоції здоров'я людини були розроблені відносно недавно. Оприлюднена 1974 р. доповідь міністра охорони здоров'я і соціального забезпечення федерального уряду Канади Марка Лалонда «Нові перспективи здоров'я канадців» [1] стала базовим документом, у якому було відображено першу національну стратегію в галузі охорони здоров'я з використанням концепції промоції здоров'я. Подальший розвиток концепція отримала в Оттавській Хартії сприяння здоров'ю (1986) [2] та програмі канадського уряду «Здоров'я для всіх: Структура для сприяння здоров'ю» [3]. Промоцію здоров'я було визначено як процес, що надає людям можливість впливати на стан свого здоров'я і покращувати його. Згодом визначення поняття «промоція здоров'я» було розширено.

Основним фактором у промоції здоров'я є саме здоров'я. Серед багатьох визначень «здоров'я», найчастіше використовують поняття, зазначене у преамбулі Статуту Всесвітньої організації охорони здоров'я, як не тільки відсутність хвороб або фізичних вад, а стан повного фізичного, психічного та соціального благополуччя [4]. Здоров'я залежить від багатьох факторів, що діють по-різному і з різною силою. Ці фактори можуть мати позитивний або негативний вплив на нього. Ті, що негативно впливають, називають факторами ризику (їх визначають як фактори, що збільшують вірогідність захворювання), але вони не завжди є причиною захворювання. Вік, стать (фактори, які неможливо змінити), куріння, відсутність фізичної активності, ірраціональна дієта (модифіковані фактори) також мають негативний вплив на здоров'я.

Фактори, які впливають на здоров'я залежать від:

• способу життя, який є результатом взаємодії людини та умов, в яких вона проживає, а також окремих моделей поведінки, визначених соціальними і культурними факторами та рисами особистого характеру;

• навколишнього середовища – зовнішніх умов, що впливають на людину. Здоров'я обумовлено впливом середовища на людину і навпаки;

• спадковості – всіх особливостей, пов'язаних з біологією людського тіла, враховуючи її генетичні особливості (стать, схильність до різних захворювань);

• організації медичної допомоги – доступність, якість, організація, тип, медичні ресурси, які визначають стан здоров'я. Вплив особи на організацію медичної допомоги є обмеженим.

Отже, промоція здоров'я є всеосяжним соціальним і політичним процесом, що охоплює не тільки дії, спрямовані на зміцнення навичок і можливостей окремих осіб, але й дії, спрямовані на зміну соціальних, екологічних та економічних умов, щоб полегшити їх вплив на громадське та індивідуальне здоров'я.

Натомість профілактика захворювань завжди усвідомлювалась як реальний механізм забезпечення підтримки високого рівня здоров'я та попередження захворювань. Зміст поняття «профілактика» та конкретні форми її здійснення змінювались на різних етапах історії людства залежно від умов соціального устрою, пануючого світогляду та рівня розвитку науки. Загалом профілактику захворювань у системі охорони здоров'я визначають як систему заходів медичного і немедичного характеру, спрямованих на попередження, запобігання або уповільнення прогресування захворювання, зменшення несприятливих наслідків.

Профілактику можна здійснювати на індивідуальному та громадському рівнях. Індивідуальна профілактика охоплює заходи щодо попередження хвороб, збереження й зміцнення здоров'я, які здійснює сама людина, а громадська – це система політичних, соціальних, економічних, санітарно-гігієнічних, протиепідемічних і медичних заходів, які здійснюють державні інститути й громадські організації з метою забезпечення всебічного розвитку фізичних і духовних сил громадян, усунення чинників, які негативно впливають на здоров'я населення.

Отож, під час визначення *профілактики* слід зазначити, що це протидія розвитку захворювання, тобто це дії, спрямовані на зупинення або припинення подальшого розвитку захворювання. Промоція здоров'я – це не лише концепція та рекомендації щодо посилення здоров'я та її потенціалу, а також низка заходів, спрямованих на навчання суспільства, як правильно покращити своє здоров'я.

У сучасному розумінні промоцію здоров'я часто прирівнюють до профілактики захворювань. Проте існують суттєві відмінності між цими поняттями, а отже, і діями, здійснюваними за цими поняттями. У промоції здоров'я відправною точкою для дій є здоров'я, тоді як у профілактиці – хвороба. Метою діяльності в межах промоції є збільшення запасів і потенціалу здоров'я, а при профілактиці – запобігання певному захворюванню, група впливу у промоційному підході – це все населення у повсякденному житті, а у профілактиці – особлива група ризику людей.

Розвиток промоції здоров'я, профілактика захворювань (щеплення, профілактичні огляди, покращення гігієни життя тощо) сприяють ранньому виявленню та діагностиці захворювань, що в майбутньому зумовить зниження кількості окремих захворювань і загальної смертності людства. Державні установи мають визначені цілі у сфері охорони громадського здоров'я, реалізація яких супроводжується, наприклад, введенням правових норм (не палити у громадських місцях), проведенням профілактичних програм, оглядів тощо. Ці заходи підвищують рівень обізнаності та зацікавленості людей про власне здоров'я і необхідність догляду за ним, що покращує загальний стан здоров'я населення загалом.

Література:

1. Lalonde M. A New Perspective on the Health of Canadians. Ottawa: Health and Welfare Canada, 1974.

2. Оттавская хартия по укреплению здоровья от 1986 г. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/146808/Ottawa_Charter_R.pdf

3. Epp J. Achieving Health for All: A Framework for Health Promotion. Ottawa: Health and Welfare Canada, 1974.

4. Статут (Конституція) Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) від 22 лип. 1946 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/995_599

Мокієнко А. В., Петренко Н. Ф.

ЯКІСТЬ ПИТНОЇ ВОДИ ЯК СКЛАДОВА ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Загальне число людей, які вмирають через неякісну і небезпечну питну воду, перевершує число жертв усіх форм насильства, враховуючи війни та збройні конфлікти. Закон України «Про питну воду та питне водопостачання» передбачає «наближення вимог державних стандартів на питну воду, технологій обробки питної води, а також засобів вимірювання й методів оцінки до відповідних стандартів, технологій, засобів і методів, прийнятих у Європейському Союзі». Однак, моніторинг інфекційної захворюваності в Україні свідчить, що кожний 2–3-ій спалах кишкових інфекцій пов'язаний із вживанням неякісної питної води. Згідно з оцінками ЮНЕСКО, за рівнем раціонального використання водних ресурсів і якості води, враховуючи наявність очисних споруд, Україна серед 122 країн миру займає 95 місце.

Закон України «Про Загальнодержавну програму «Питна вода України на 2006 – 2020 роки» декларує «розробку технічних систем і устаткування ... для очищення забруднених ... вод для потреб питного водопостачання». Разом із тим, системний підхід до впровадження міжнародних зобов'язань із питань якості води в Україні відсутній. Системи централізованого водопостачання і каналізації перебувають в аварійному стані. Востаннє програма «Питна вода України» була профінансована у 2009-2011 рр. на 20 %.

У рішенні РНБО України від 27 лютого 2009 року «Про стан безпеки водних ресурсів держави та забезпечення населення якісною питною водою в населених пунктах України (введено в дію Указом Президента N 221/2009 від 06.04.2009) зазначалось: «У даний час проблема збереження вітчизняних водних ресурсів набула такого значення, що визнана як реальна загроза національній безпеці України». 2013 року таке ж рішення констатувало, що ситуація щодо забезпечення населення якісною питною водою позитивних змін не зазнала, а в деяких регіонах спостерігають тенденції до її ускладнення.

Загальними недоліками є моральна застарілість систем водопостачання (30-40 років) та аварійність водогінних мереж, яка за останні 25 років збільшилася у 15 разів. Наслідком для здоров'я населення є друге місце серед розвинених країн за рівнем смертності від захворювань, викликаних вживанням неякісної води. За відомостями ДЗ «Український центр з контролю та моніторингу захворювань МОЗ України» (2015 р.) із загальної кількості водопроводів не відповідали санітарним нормам через відсутність зон санітарної охорони – 75,6 %, необхідного комплексу очисних споруд – 18,8 %, знезаражуючих установок – 16,2 %.

Агентство США з Міжнародного розвитку у доповіді «Розширення досвіду реформування сфери комунальних послуг» (2008 р.) показало, що для доведення води до нормативних вимог необхідно або міняти технології водоочищення, або використовувати нові реагенти. Аналіз ситуації із якістю питної води свідчить про реальну загрозу її біологічної контамінації для здоров'я населення на індивідуальному і популяційному рівнях [1,2]. Комплексна оцінка гігієнічних та медико-екологічних аспектів знезаражування води хлором, діоксидом хлору та озоном [3-5] дозволила обгрунтувати принципова перевагу діоксиду хлору, яка полягає в оптимальному співвідношенні біоцидної ефективності, стабільності і післядії як основних критеріїв оцінки хімічних дезинфектантів.

Гігієнічно обґрунтовано застосування діоксиду хлору в дозах 0,5-1,0 мг/л на різних етапах технологічної схеми підготовки питної і технологічної води, дезінфекції водоочисного обладнання [6], що дозволило узагальнити відомості літератури щодо перспективності використання цього засобу у технологіх водопідготовки [7].

На основі проведених інтегральних еколого-гігієнічних досліджень і отриманих результатів обґрунтовано застосування діоксиду хлору як засобу, що забезпечує епідемічну безпечність і токсикологічну нешкідливість питної води [8]. Обґрунтована послідовна комбінована дія діоксиду хлору і хлору для знезаражування питної води [9]. У роботі [10] узагальнили відомості літератури щодо біоплівок шпитальних екосистем і показали суттєві переваги діоксиду хлору як засобу видалення біоплівок.

Результати моделювання знезараження води Придунайських озер (Кагул, Ялпуг, Катлабух) хлором і діоксидом хлору показали, що на відміну від хлору, діоксид хлору на порядок мінімізує утворення

хлороформу як індикаторної хлорорганічної сполуки [11]. Враховуючи необхідність впровадження діоксиду хлору в практику очищення та знезаражування води в Україні слід вважати вкрай необхідним гармонізацію нормативу хлоритів (похідних діоксиду хлору) із чинними рекомендаціями ВООЗ, тобто підвищення цієї величини від 0,2 [12] до 0,7 [13] мг/л. Сьогодні на ринку України впроваджують таблетовані препарати діоксиду хлору «Твіноксид», «Дутріон» (Голландія) та «Жавілар Оксі» (Китай). У лабораторії гігієни та екології води провели комплексну експертизу препарату «Жавілар Оксі». Показали його ефективність під час знезаражування води і стічних вод, а також дезінфекції поверхонь і резервуарів у тих же дозах, які традиційно застосовують під час одержання діоксиду хлору у генераторах. Саме «Жавілар Оксі» застосували для дезинфекції водоочисних споруд у м. Ізмаїл. Аналіз рецептури різних препаратів діоксиду хлору свідчить про необхідність розробки вітчизняного препарату, що дозволить мінімізувати вартість знезаражування води у локальних системах водопідготовки.

У висновку слід зазначити цілком очевидну істину: підвищення якості очищення питних і стічних вод прямо пов'язане з інвестиціями у водопровідно-каналізаційне господарство. Підтвердженням важливості цього є думка Джерарда Шварца, президента Асоціації цивільних інженерів США, висловлена ним 2004 року: "Інвестиції з боку федерації вкрай необхідні, якщо врахувати, що відсутність достатніх за обсягом інвестицій на потреби інфраструктури водопостачання протягом найближчих 20 років поставить під загрозу здоров'я населення, стан навколишнього середовища і розвиток економіки США".

Література:

1. Мокиенко А. В. Вода и водно-обусловленные инфекции / А. В. Мокиенко, А. И. Гоженко, Н. Ф. Петренко, А. Н. Пономаренко. – Одесса: «Лерадрук». – 2008. – Т. 1. – 412 с.

2. Мокиенко А. В. Вода и водно-обусловленные инфекции /А. В. Мокиенко, А. И. Гоженко, Н. Ф. Петренко, А. Н. Пономаренко. – Одесса: ООО «РА «АРТ-В». – 2008. – Т. 2. – 288 с.

3. Мокиенко А. В. Обеззараживания воды. Гигиенические и медико-экологические аспекты. Т. 1. Хлор и его соединения / А. В. Мокиенко, Н. Ф.Петренко, А. И. Гоженко. – Одесса: ТЭС, 2011. – 484 с.

4. Мокиенко А. В. Обеззараживание воды. Гигиенические и медико-экологические аспекты. Т. 2. Диоксид хлора / А. В. Мокиенко, Н. Ф.Петренко, А. И. Гоженко. – Одесса: ТЭС, 2012. – 604 с.

5. Мокиенко А. В. Обеззараживание воды. Гигиенические и медико-экологические аспекты. Т. 3. Озон / А. В. Мокиенко, Н. Ф.Петренко, А. И. Гоженко. – Одесса: Фенікс, 2017. – 322 с.

6. Петренко Н. Ф. Гігієнічне обґрунтування застосування діоксиду хлору у технологіях водопідготовки : дис. ... к. б. н: 14.02.01 / Н.Ф. Петренко; ДУ „Інститут гігієни та медичної екології ім. О.М. Марзєєва Академії медичних наук України". – К., 2002. – 164 с.

7. Петренко Н. Ф. Диоксид хлора: применение в технологиях водоподготовки / Н. Ф. Петренко, А. В. Мокиенко. – Одесса: Изд-во "Optimum", 2005. – 486 с.

8. Мокиенко А. В. Эколого-гигиенические основы безопасности воды, обеззараженной диоксидом хлора: дис. ... д. мед. н.: 14.02.01 / А. В. Мокиенко; ГУ «Институт гигиены и медицинской экологии им. А.Н. Марзеева АМН Украины». – К., 2009. – 348 с.

9. Петренко Н. Ф. Наукове обґрунтування комбінованих методів знезараження питної води: дис. ... д. б. н: 14.02.01 / Н. Ф. Петренко; ДУ „Інститут гігієни та медичної екології ім. О. М. Марзєєва Академії медичних наук України". – К., 2012. – 396 с.

10. Биопленки госпитальных экосистем: состояние проблемы и современные подходы к ее решению / Под ред. А. В. Мокиенко, В. А. Пушкиной, А. И. Гоженко. – Одесса: ТОВ ВНП «Интерсервис», 2014. – 578 с.

11. Мокієнко А. В. Українське Придунав'я: гігієнічні та медико-екологічні основи впливу води як фактора ризику на здоров'я населення / А. В. Мокієнко, Л. Й. Ковальчук. – Одеса: Прес-кур'єр, 2017. – 352 с.

12. Про затвердження Державних санітарних норм та правил «Гігієнічні вимоги до води питної, призначеної для споживання людиною» 2.2.4-171– 10. – Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 12 травня 2010 року N 400. – Зареєстровано в Міністерстві юстиції України 1 липня 2010 р. за N 452/17747.

13. Guidelines for drinking water quality. – The 4nd ed. – Recommendations. – World Health Organisation. – Geneva. – 2011. – V.1. – 541 p.

Похмурко І. В., Штепа О. П, Євсєєв С. І., Свиридов В. І., Чубукова С. А., Бєльська Т. М., Шокол І. Д., Рублевська Н. І.

ВМІСТ ХЛОРОФОРМУ У ПИТНІЙ ВОДОПРОВІДНІЙ ВОДІ М. ДНІПРО ТА ТЕНДЕНЦІЇ ДО ЗМІНИ ЙОГО КОНЦЕНТРАЦІЇ ПРИ ТРАНСПОРТУВАННІ СПОЖИВАЧАМ

Вступ. Близько 80% населення України забезпечуєть питною водопровідною водою за рахунок поверхневих водозаборів з використанням скрапленого хлору для знезараження води. Доведено, що в результаті взаємодії хлору з органічними сполуками води утворюються хлороформ та інші хлорорганічні сполуки, які відносять до санітарно-токсикологічних показників, що негативно впливають на стан здоров'я людини та є факторами ризику онкологічної захворюваності населення [3, с. 50].

Не зважаючи на те, що згідно з ДСанПіН 2.2.4-171-10 вміст хлороформу в питній воді нормується з 01.01.2015 року, до теперішнього часу не впроваджені ефективні заходи щодо зниження його концентрації до нормативних вимог 60 мкг/дм^3. Важливість зазначеної проблеми вимагає необхідність проведення відповідних лабораторних досліджень для вирішення питань оптимізації процесів знезараження та покращення якості питної води, що актуально для громадського здоров'я [1, с. 2, 47; с, 23, 47; с, 24, 47].

Методи. Проведення лабораторних досліджень здійснювали газохроматографічним методом [2, с. 15].

Протягом 2015-2017 років проведено 2351 дослідження питної водопровідної води на вміст хлороформу, з них з перевищенням нормативів – 2290, що становить 97.4±0,1%, у 2015 році з 796 досліджень перевищували нормативи – 782 (98.2±0,46%), у 2016 році з 932 досліджень – 909 (97.5±0,51 %), у 2017 році з 623 досліджень – 599 (96.1 ±0,77 %). Для статистичної обробки результатів використовували програму Microsoft Excel 2003® Statistica v.6/1(Statsoft Inc/США) (ліц. № AGAR 909 E 415 822 FA).

Результати. У розподільчій водопровідній мережі Шевченківського району міста 2015 року відмічалось підвищення вмісту хлороформу в середньому на 14,1 %, 2016 року – на 6,35 %, 2017 року – на 204,5 %; в Амур-Нижньодніпровському районі 2015 року – на 17,9 %; 2016 року – на 39,6 %; 2017 року – на 45,1 %; в мережі ж/м Придніпровський 2015 року – на 25 %; 2016 року – на 27,9 %; 2017 року – на 14,8 % по відношенню до показників, які реєстрували на виході з насосно-фільтрувальних станцій (рис.1, 2, 4, 5; табл. 1).

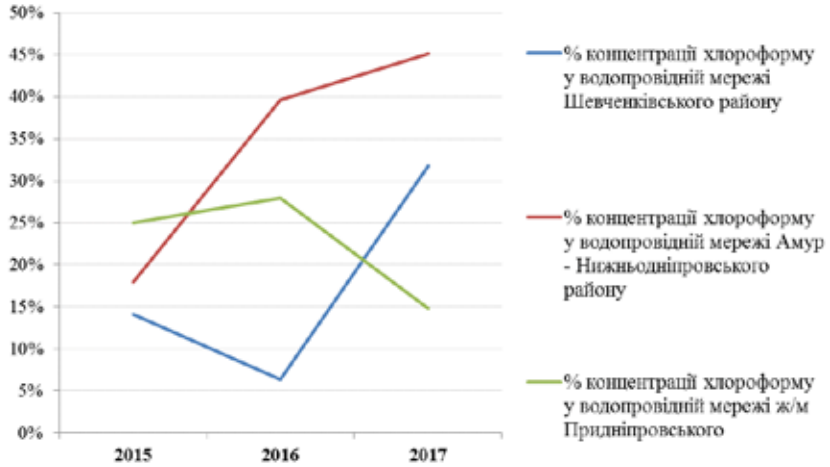

Рис 1. Концентрація хлороформу у розподільчій водопровідній мережі м. Дніпро у порівнянні з показниками на виході НФС

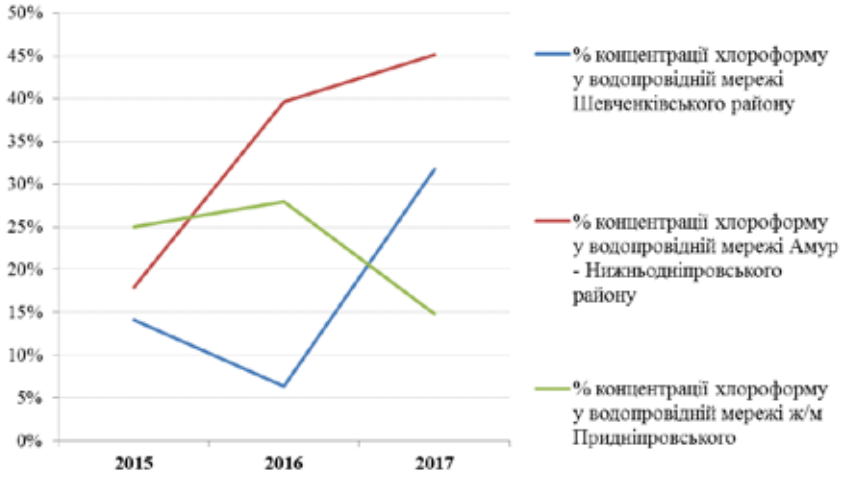

Рис 1. Концентрація хлороформу у розподільчій водопровідній мережі м. Дніпро у порівнянні з показниками на виході НФС

Рис. 2 Концентрація хлороформу у розподільчій водопровідній мережі м. Дніпро у порівнянні з показниками на виході НФС

Таблиця 1.

Результати лабораторних досліджень питної води на вміст хлороформу в 3-х районах м. Дніпро

Середні концентрації хлороформу в мкг/дм3									
Райони міста	**Шевченківський**			**Амур-нижньодніпровський**			**Придніпровський ж\м**		
Роки	**На виході з НФС**	**В розпод. мережі**	**% зростання**	**На виході з НФС**	**В розпод. мережі**	**% зростання**	**На виході з НФС**	**В розпод. мережі**	**% зростання**
2015	136	155	+14,1%	127	150	+17,9%	110	138	+25%
2016	109	116	+6,351%	106	148	+39,6%	117	149	+27,9%
2017	68	209	+204,5%	136	198	+45,1%	137	158	+14,8%

Висновки. Аналіз результатів лабораторних досліджень вказує на тенденцію збільшення концентрації хлороформу на етапах транспортування води від насосно-фільтрувальних станцій до споживача (рис. 3). Це свідчить про недостатню ефективність технологічного процесу водоочистки та потребує здійснення виробничого лабораторного контролю водопостачальниками не лише на виході в мережу відповідно до ДСанПіН 2.2.4-171-10, а і в кінцевих точках водоспоживання [1, с. 13, 47; с, 13, 48].

Рис. 3 Зростання концентрації хлороформу в питній водопровідній воді під час транспортування від НФС до споживача м. Дніпро Шевченківського району

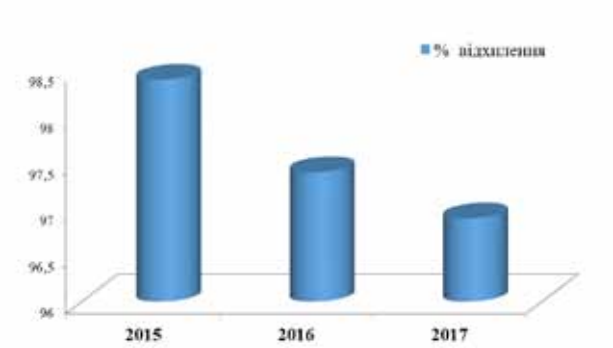

Рис. 4 % відношення відхилень питної води протягом 2015-2017 років на вміст хлороформу у КП « Дніпроводоканал»

Рис. 5 Результати лабораторних досліджень питної водопровідної води в м. Дніпро на вміст хлороформу за 2015-2017 роки (в абсолютних величинах)

Дані лабораторних досліджень доцільно використовувати для розробки та проектування заходів, спрямованих на зменшення вмісту органічних сполук у воді на всіх етапах водопідготовки, що актуально для громадського здоров'я.

Враховуючи високий вміст хлороформу в питній водопровідній воді та його негативний вплив на здоров'я населення, необхідно пропагувати споживання доочищеної питної води.

Література:

1.Про затвердження Державних санітарних норм та правил «Гігієнічні вимоги до води питної, призначеної для споживання людиною» (ДСанПіН 2.2.4-171-10); Наказ МОЗ України від 12.05.2010 № 400.

2. ДСТУ ISO 10301-2004 «Якість води . Визначення високо летких галогенованих вуглеводів методом газової хроматографії» (ISO 10301:1997, IDT).

3. С.В.Гуленко, В.О. Прокопов « Гігієнічна оцінка канцерогенного ризику здоров'ю через споживання хлорованої води ». Журнал «Довкілля та здоров'я» №2, 2013, с. 50.

Рєзніков А. П.

ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я І БІОБЕЗПЕКА

У статті третій першого розділу Конституції України зазначено, що «людина, її життя і здоров'я», «безпека визначаються в Україні найвищою соціальною цінністю».

Згідно статті 49 другого розділу Конституції – «Кожен має право на охорону здоров'я». Отже, держава має турбуватися про зміцнення та збереження здоров'я населення, а також про біобезпеку.

У наш час, після ліквідації в Україні державної санітарно-епідеміологічної служби, організацією заходів із профілактики захворювань людей мають займатися заклади громадського здоров'я. Мета надзвичайно важлива, але поки не зрозуміло, яким чином її буде досягнено.

На наш погляд, МОЗ мало б підготувати, а парламент прийняти Закон про захист громадського здоров'я і біобезпеки. Необхідно, щоб у ньому були названі не лозунги та декларації, а визначені конкретні заходи та їх виконавці. Тобто в Законі необхідно вказати, хто і, що буде виконувати після ліквідації санітарно-епідеміологічної служби з урахуванням нових актуальних загроз для біобезпеки, а також визначити фінансування кожного заходу. Основне вирішити, як буде організована і, як буде здійснено профілактику захворювань населення.

Подальший розвиток медичної науки дозволив констатувати, що, так звані, соматичні хвороби виникають через дію мікроорганізмів. За останні роки встановлено цілу низку соматичних захворювань, які викликані мікроорганізмами. На сьогодні відомо, що віруси гепатитів В і С призводять до цирозу і раку печінки. Бактерія гелікобактер пілорі спричиняє виникнення гастриту, виразкової хвороби шлунку і раку шлунку. Вірус папіломи викликає рак шийки матки і простати. Цей перелік можна продовжувати. Процес виявлення мікробів, які призводять до соматичної патології іде постійно.

Така ситуація зобов'язує, щоб з метою біобезпеки населення та профілактики інфекційних захворювань втілювались дієві профілактичні заходи. У той же час за останні роки держава не забезпечує достатньої кількості вакцин для імунізації дітей та дорослих, навіть для проведення обов'язкових профілактиктичних щеплень. Тоді як відомо, що вакцинація є найбільш ефективним засобом профілактики інфекційних хвороб. У Рівненській області, наприклад, і цього року забезпечення вакцинами було не задовільне, за 10 місяців 2018 року, – вакциною АКДП – на 51,6% від річної потреби, живою поліомієлітною вакциною (ОПВ) – на 55,3%, інактивованою поліомієлітною вакциною – на 59,5%. У наслідок незадовільного забезпечення вакцинами та, відповідно, невиконання обсягів щеплень, у країні зростає кількість незахищених від інфекцій дітей і дорослих, росте захворюваність на хвороби, які керуються засобами імунопрофілактики. Повертаються інфекційні хвороби, що не реєструвались завдяки вакцинації. Діти почали хворіти на правець, з'явились випадки дифтерії, вірус кору викликав епідемію. У Рівненській області, зокрема, за 10 місяців 2018 року зареєстровано 1477 випадків кору, що склало 127,4 випадки на 100 тисяч населення і є дуже високим показником.

Минулого року в країні була високою захворюваність на ботулізм. Через відсутність сироваток померли від ботулізму 8 людей. Санітарно-епідеміологічна служба в свій час перевіряла наявність у лікувальних закладах лікувальних сироваток. Тепер цілком очевидно, що ніхто цим не займається. Також багато випадків ботулізму пов'язані з промисловим виробництвом харчових продуктів, що свідчить про грубі порушення санітарних вимог і технології виробництва, зокрема рибних продуктів, чого у попередні роки, коли працювала санітарно-епідеміологічна служба, не було.

Через порушення санітарних правил на харчових підприємствах, які практично ніхто не контролює, останніми роками зростає захворюваність на кишкові інфекції. Частіше стали реєструватись спалахи кишкових інфекцій у дитячих дошкільних закладах, школах, у кафе та ресторанах.

Отже, вважаємо, що у такій незадовільній ситуації з профілактикою захворювань, із метою біобезпеки країни та збереження здоров'я людей, слід на державному рівні вжити відповідних термінових заходів. На наш погляд, було б доцільним відмінити помилкове рішення про ліквідацію Державної санітарно-епідеміологічної служби, надавши їй необхідні повноваження.

Рутар С. М., Шашков Ю. І.

ПРОБЛЕМИ ІНСТИТУЦІЙНО-ЦІННІСНОГО ВИМІРУ РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ

В умовах переходу від авторитарно-олігархічної інституційної моделі до моделі розвиненої політичної демократії та вільного ринку важливого значення набувають питання комплексного реформування системи громадського здоров'я. Оскільки система громадського здоров'я є не тільки важливою складовою системи охорони здоров'я, але й всієї соціально-економічної сфери, її реформування слід розглядати в широкому контексті інституційної трансформації. Ця проблема вимагає комплексного аналізу побудови нових інститутів відповідно до вимог ЄС у рамках імплементації Угоди про асоціацію, а також вивчення процесу формування цінностей самовираження особистості. Такий підхід дозволяє виробити ефективні рекомендації як з боку медичної спільноти, так і української громадськості загалом.

Згідно з дефініцією ВООЗ, громадське здоров'я розглядається як наука і практика попередження захворювань, збільшення тривалості життя та зміцнення здоров'я шляхом організованих зусиль суспільства. Йдеться про те, що розв'язання проблем громадського здоров'я передбачає синергію зусиль державних, регіональних і місцевих органів влади та структур громадянського суспільства саме у публічному просторі. Судячи з цього, доцільно виділити напрямки інституційної перебудови системи громадського здоров'я та формування прогресивних цінностей, орієнтованих на здоровий спосіб життя та створення безпечних умов довкілля.

До інституційної перебудови системи громадського здоров'я слід віднести законодавство, яке стосується реформи системи охорони здоров'я, і ухвалення Закону України «Про систему громадського здоров'я». У цьому плані ми використали основні положення неоінституційної парадигми, які обгрунтовують чинники трансформаційного успіху країн, що здійснюють перехід від екстрактивних до інклюзивних інституційних систем [1].

Реформа системи охорони здоров'я в Україні нарешті стартувала шляхом ухвалення законів про автономізацію закладів охорони здоров'я, державні гарантії фінансування медичних послуг та лікарських засобів і сільську медицину. Якщо аналізувати медичну реформу з погляду реалізації принципу свободи, треба відмітити наявний прогрес у цьому плані. Цей прогрес можна виразити в закріпленні права:

– пацієнта обирати лікаря незалежно від місця проживання та реєстрації, а також дострокового припинення з ним договірних відносин;

– лікаря на рівні первинної медичної допомоги працювати в комунальному або приватному закладі охорони здоров'я, а також фізичною особою – підприємцем;

– на фінансову автономію, що передбачає можливість закладу охорони здоров'я самостійно формувати та використовувати кошти;

– на адміністративну автономію, що передбачає формування керівного складу наглядовими радами, до складу яких будуть входити представники громадськості, місцевої влади, а також департаменту охорони здоров'я;

– керівника закладу самостійно розпоряджатися фінансами і кадровими призначеннями.

Основним недоліком реформи, з погляду її відповідності критеріям свободи, можна вважати відсутність законодавчого закріплення можливості вибирати інші моделі страхування (обов'язкового та добровільного), а також залучати кошти інвесторів у модернізацію закладів охорони здоров'я.

З точки зору соціальної справедливості, реформа дає такі переваги:

– пацієнти отримують однакові можливості в наданні медичних послуг на рівні первинної медицини в рамках гарантованого державою пакету безкоштовних послуг;

– медичний працівник буде більш залежним від результатів своєї праці (кількості пацієнтів, обсягу та якості медичних послуг), а не від волі керівництва;

– керівник закладу охорони здоров'я буде залежний не від політичних впливів, а від результатів ефективної діяльності закладу.

Реформування первинної ланки системи охорони здоров'я дозволяє розв'язати одну з основних проблем громадського здоров'я – забезпечити ефективну профілактику захворювань, оскільки престиж і матеріальна винагорода сімейного лікаря залежать від його здатності виконувати на належному рівні цю функцію.

У разі ухвалення Закону України «Про систему громадського здоров'я» буде побудована сучасна інституційна основа у цій сфері [4]. Її сутність можна виразити через такі параметри як:

– чіткий розподіл функцій та повноважень між Кабміном, МОЗ та іншими органами у системі громадського здоров'я;

– створення Національної ради України з питань громадського здоров'я;

– надання права, згідно з принципом субсидіарності, місцевим органам влади приймати рішення у сфері громадського здоров'я;

– відкриття регіональних центрів громадського здоров'я;

– здійснення епідеміологічного нагляду як за інфекційними, так і неінфекційними захворюваннями;

– формування сучасного кадрового та науково-інформаційного забезпечення системи громадського здоров'я;

– забезпечення фінансування реалізації державних і регіональних програм громадського здоров'я.

Аналіз вищеназваних інституційних змін лише частково охоплює проблеми широкомасштабного реформування системи громадського здоров'я. На цьому шляху необхідно ухвалити та імплементувати низку законодавчих актів, які стосуються запровадження паліативної медицини та евтаназії, виконання Європейських директив щодо стратегії розвитку національної системи крові, безпеки харчових продуктів, ефективної системи антитютюнових та антиалкогольних заходів, транспортної безпеки [2] .

Окрім запровадження сучасних інклюзивних інститутів у системі громадського здоров'я, важливим також є формування цінностей самовираження як визначальної мотиваційної структури здорового способу життя та безпеки довкілля. Згідно з думкою Р. Інглегарта, цінності самовираження базуються на орієнтації людини про майбутнє, її впевненості в здатності впливати на свою долю, ставленні до праці як сенсу життя, широкому радіусу довіри до людей [3]. Соціолог вважає, що постіндустріальний розвиток, забезпечуючи належний рівень особистої свободи, матеріального добробуту, сприяє формуванню цінностей самовираження. Безумовно, що цінності самовираження включають не тільки цінності здорового способу життя, але й цінності професійного вдосконалення та турботу про суспільне благо, у тому числі й громадське здоров'я.

Ще слід додати, що вищеназвані інституційні зміни будуть позитивно впливати на процес формування цінностей самовираження як у медичних працівників, так і пацієнтів. Однак, інституційні зміни необхідно доповнити стратегією просвітницьких заходів, спрямованих на пропагування здорового способу життя, охорони здоров'я матері і дитини, важливості вакцинації для запобігання інфекційних захворювань, шкідливого впливу самолікування, необхідності боротьби за безпеку довкілля. Із цією метою слід запровадити в рамках суспільного телебачення та радіомовлення окрему програму «Громадське здоров'я», а також викладання аналогічного курсу в середній школі.

Література:

1. Аджемоглу Д., Робінсон Дж. Чому нації занепадають: походження влади багатства і бідності. К. Наш формат, 2016.- 465 с.

2. Акуленко Л. Бути здоровим по-європейськи. Що діється в системі громадського здоров'я. // ТЕКСТИ.ORG. UA. – 05 грудня 2016. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://texty.org.ua/pg/blog/nartext/read/72864/Buty_zdorovym_pojevropejsky_Shho_dijetsa_v_systemi.

3. Инглегарт Р., Вельцель К. Модернизация, культурне изменения и демократия: Последовательность человеческого развития. – М.: Новое издательство, 2011. –464 с.

4. Проект Закону України «Про систему громадського здоров'я». – moz.gov.ua. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://moz.gov.ua/uploads/1/5636-pro_20180620_1.pdf.

Семашко П. В., Думанський В. Ю., Яригін А. В., Стеблій Н. М.

ВПЛИВ АВІАЦІЙНОГО ШУМУ МІЖНАРОДНОГО АЕРОПОРТУ «КИЇВ» НА АКУСТИЧНИЙ СТАН ЖИТЛОВОЇ ЗАБУДОВИ

У Європі шумове забруднення навколишнього середовища вважається одним з головних небезпечних чинників. У Західній Європі через вплив шуму в навколишньому середовищі втрачається приблизно 1,6 млн. років здорового життя внаслідок хвороби, інвалідності або передчасної смерті [1]. Рівні авіаційного шуму літаків (за даними сертифікаційних випробувань) за 30 років знизилися приблизно на 30 EPN дБ [2], а гігієнічні вимоги до акустичного стану територій під житлову забудову не змінилися, що дало можливість забудовникам розміщувати ділянки під житлову та громадську забудову на ближчих відстанях до злітно-посадкової смуги (ЗПС) та трас прольотів. Така ситуація потребує доказової бази до встановлення граничних відстаней від ЗПС та трас прольотів до житлової та громадської забудови. Під час передпроектних розробок часто потрібно на ділянках, які призначені для будівництва житлових та громадських споруд визначити очікувані рівні максимальних рівнів звуку від прольотів літаків цивільної авіації.

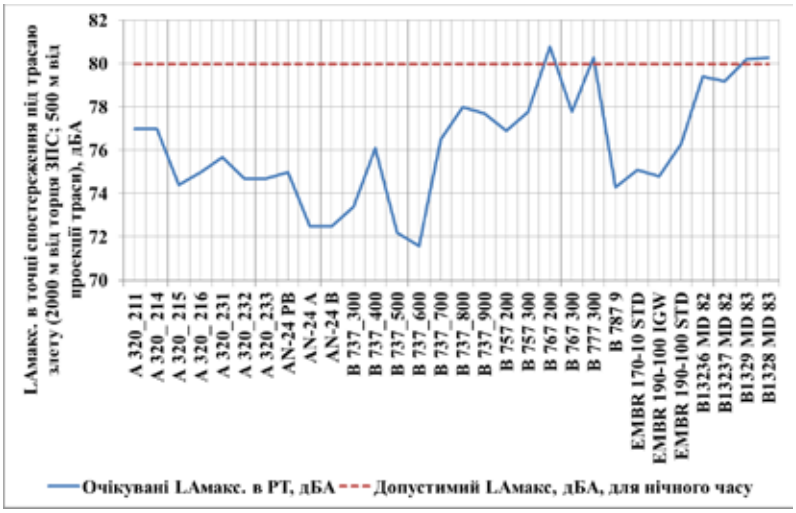

Рисунок 1 – 2000 м від торця ЗПС; 500 м від проекції траси злету

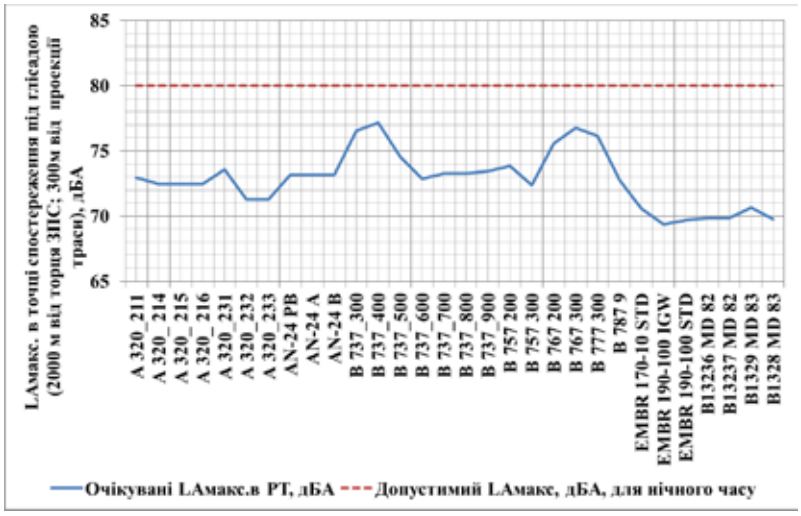

Рисунок 2 – 2000 м від торця ЗПС; 300 м від траси посадки

Натурні акустичні виміри – це тривалий процес, який не враховує перспективи. Існуючі професійні програми для розрахунків авіаційного шуму дорогі та потребують спеціальних знань з методики пілотування, різних даних з режимів польоту, які недоступні проектантам.

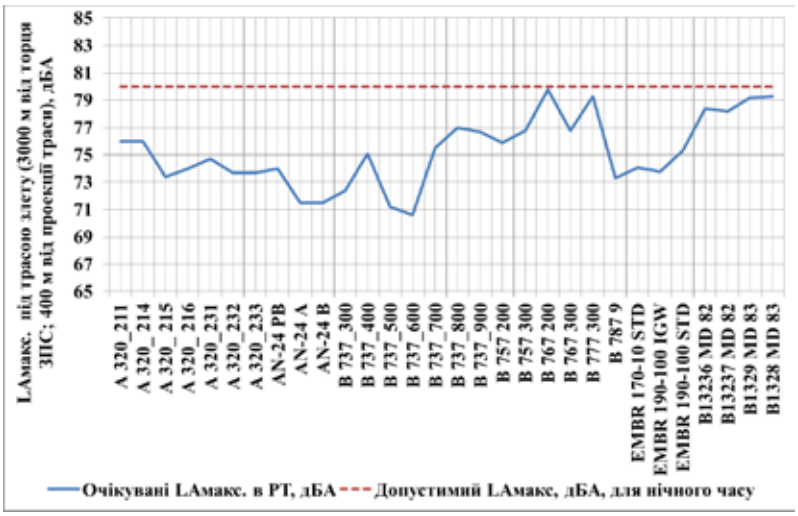

Рисунок 3 – 3000 м від торця ЗПС; 400 м від проекції траси злету

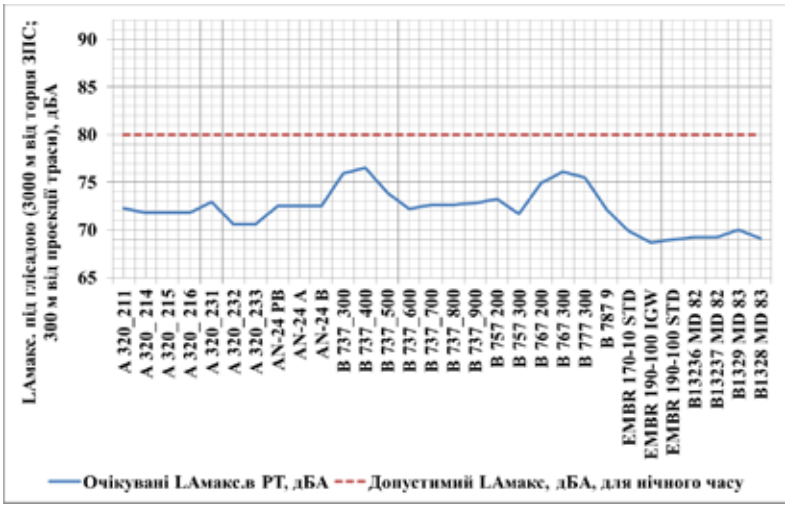

Рисунок 4 – 3000 м від торця ЗПС; 300 м від траси посадки

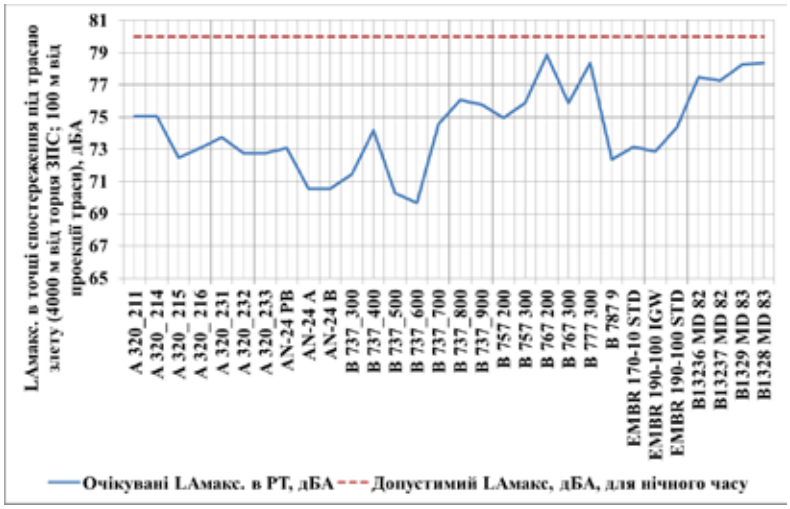

Рисунок 5 – 4000 м від торця ЗПС; 100 м від проекції траси злету

У основу розрахунків покладено дані сертифікаційних випробувань під час злету та посадки пасажирських літаків цивільної авіації [3], формула зниження рівнів звуку від точкового джерела та дані щодо відповідності результатів вимірів в дБА до вимірів в EPN дБ (або навпаки) [3]. Розрахунки орієнтовних максимальних рівнів звуку під час пролітання літаків за власною методикою, яка використовує дані сертифікаційних випробувань, представлені на рисунках 1 – 6. Гігієнічну оцінку проводили згідно з ДСП 173 [4]. За максимально допустимий рівень звуку на прилеглій до житлових будинків території прийнято рівень 80 дБА у нічний час доби (внутрішня границя зони В).

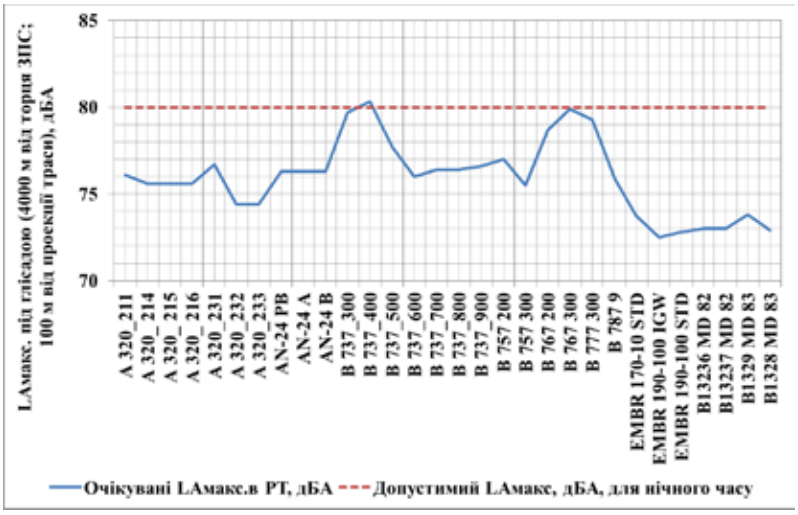

Рисунок 6 – 4000 м від торця ЗПС; 100 м від траси посадки

Отримані результати також надані в таблиці 1.

Таблиця 1.

Гранично допустимі відстані (за максимальними рівнями звуку) до житлової забудови.

Відстань розрахункової точки (РТ) від торця ЗПС, м	Бокове відхилення розрахункової точки (РТ) від траси, м:	
	злету	посадки
1500	600	400
2000	500	300
3000	400	250
4000	100	100

Встановлено, що для випадку, коли розрахункова точка знаходиться під трасою злету (бокове відхилення 0), допустимий рівень 80 дБА (зона В) досягається на відстані приблизно 4200 м.

Доведено, що для випадку, коли розрахункова точка знаходиться під глісадою (бокове відхилення 0), допустимий рівень 80 дБА (зона В) досягається на відстані приблизно 4100 м.

Встановлено, що можливим шляхом зменшення авіаційного шуму є вилучення або обмеження експлуатації в нічний час доби злету літаків МД 82, МД83, В 767-200, В 767-300, В 777-300.

Література:

1. «Здоровая окружающая среда – здоровые люди». [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.euro.who.int/ru/health-topics/environment-and-health/noise/publications/2018/healthy-environments-for-healthier-people-2018

2. Охрана окружающей седы: Приложение 16 к Конвенции о международной гражданской авиации. Том 1. Авиационный шум/ ICAO. – Монеаль, 2014. – 205 с.

3. База даних сертифікаційних іспитів літаків цивільної авіації [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://noisedb.stac.aviation-civile.gouv.fr/find.php.

4. Державні санітарні правила планування та забудови населених пунктів: ДСП 173-96. – К. : МОЗ України, 1996. – 88 с.

Скалецький Ю. М.

ЩОДО СТАНУ БЕЗПЕКИ ПАЦІЄНТІВ У ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я КИЇВСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Вступ. Новітню історію інтересу до помилок медичного персоналу і безпеки пацієнтів відкрила доповідь американського Інституту медицини «Людині властиво помилятися: шлях до більш безпечної охорони здоров'я» [1], у якій говорилось, що близько 100 тис. американців помирає щороку від негативних наслідків надання медичної допомоги. Згодом ця цифра була збільшена до 170 тис., а окремі фахівці називають цифру 400 тис. смертей у США від помилок медичного персоналу.

За даними міжнародних організацій і окремих країн від несприятлих наслідків надання медичної допомоги страждає у межах 10 відсотків хворих стаціонарних лікувальних закладів [2].

Досвід останніх років свідчить, що стратегії для зниження рівня несприятливих подій можуть призвести до значного запобігання заподіяння помилок медичного персоналу [3].

Із метою вивчення масштабів і наслідків проблеми безпеки пацієнтів в Україні у рамках НДР «Наукове обґрунтування стратегії попередження дефектів надання медичної допомоги у вітчизняній системі охорони здоров'я» співробітниками ДУ «Інститут громадського здоров'я ім. О. М. Марзєєва НАМН України» вивчалась ситуація з безпекою пацієнтів у районних і обласних закладах охорони здоров'я (ЗОЗ) Київської області.

Аналізували показники стаціонарної і післяопераційної летальності у ЗОЗ області в період з 2005 по 2017 рік як індикатори безпечності лікарняного сернедовища.

Стаціонарна летальність. Динаміка стаціонарної летальності у районних і обласних ЗОЗ Киської області в період з 2005 по 2017 рік (рис. 1) мала хвилеподібний характер зі значним трендом до зростання, не зважаючи на численні заходи з підвищення якості надання меадичної допомоги. Так у 2003 році стаціонарна летальність в ЗОЗ області становила 1,31%, у 2007 році зросла до 1,46%.

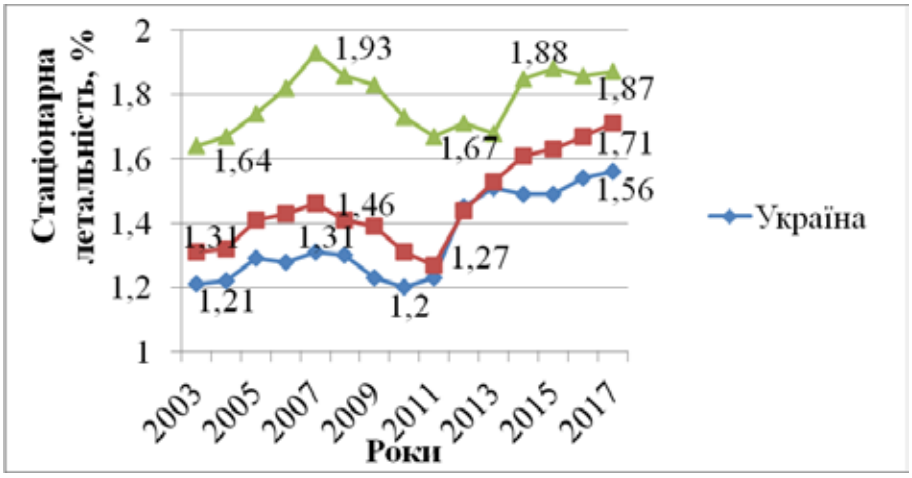

Рис. 1. Динаміка стаціонарної летальності у ЗОЗ Києва, Київської області і України загалом у період 2003-2017 роки

Але після незначного зниження цього показника у 2011 році до 1,27% він у подальші роки стрімко зростав досягши у 2017 році 1,71% випереджаючи темпи його зростання у ЗОЗ міста Києва і України.

В середньому у стаціонарах Київської області в досліджуваний період помирало 4690,0±320,7 осіб на рік. Це значно перевищує смертність в Україні від дорожно-транспортних пригод.

Післяопераційна летальність. Судячи з позитивних показників післяопераційної летальності у ЗОЗ Київської області в останні роки (0,67%) у порівнянні з іншими областями (Донецька обл. – 0,92%,

Одеська обл. – 0,88%, м.Київ – 0,86%) насторожує тенденція цього показника у ЗОЗ Вишгородського і особливо Бориспільського районів. Післяопераційна летальність в ЗОЗ Бориспільськоого району в 2016 році була майже в 13 раз вищою ніж у 2005 році. І як і у випадку зі стаціонарною летальністю зростання почалось в 2011 році, коли рівень фінансування сфери охорони здоров'я та валового внутрішнього продукту (ВВП) на душу населення України були досить високими.

Слід також відмітити, що коефіцієнт смертності в Україні починаючи з 2005 року мав тенденцію до зниження.

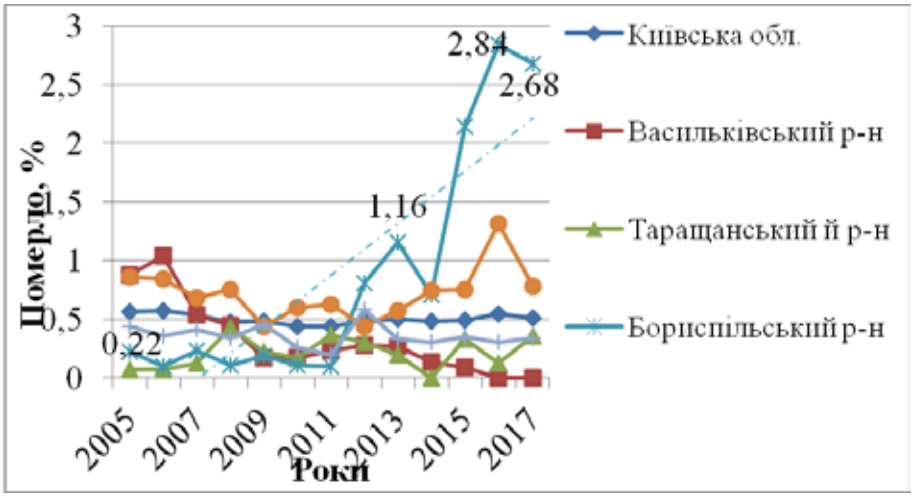

Рис. 2. Динаміка післяопераційної летальності у ЗОЗ Київської області в період 2005-2017 роки.

Зростання індикаторів безпечності лікарняного середовища серед іншого могло бути наслідком освоєння нових складних хірургічних технологій, покращенням роботи есктренної медичної допомоги, погіршенням роботи у первинній ланці медичної допомоги чи навіть спробами оприлюднення фактичних даних післяопераційної смертності.

Дослідження причин виявлених тенденцій продовжується.

Висновки.

1. Безпека пацієнтів є надзвичайно актуальною проблемою для всіх держав не залежно від організаційних засад і джерел фінансування систем охорони здоров'я.
2. Рівень стаціонарної летальності у ЗОЗ Київської обл. у період після 2011 року безперервно зростав.
3. Насторожує тенденція у динаміці післяопераційної летальності у ЗОЗ Вишгородського і особливо Бориспільського районів.
4. Зростання показників стаціонарної і післяопераційної летальності у ЗОЗ Київської обл. спостерігались на фоні зростання обсягів фінансування сфери охорони здоров'я і валового внутрішнього продукту (ВВП) на душу населення України при зниженні коефіцієнта смертності.

Література:

1. To err is human: building a safer health system: A report of the Committee on Quality of Health Care in America / L.T. Kohn, J.M. Corrigan, M.S. Donaldson (eds.) ; Institute of Medicine. – Washington, DC: National Academy Press, 2000. – 287 p.
2. Elias Mossialos , Martin Wenz, Robin Osborn, Chloe Anderson. International Profiles Of Health Care Systems, 2014. – The Commonwealth Fund. – 2015 . – P. 8.
3. Free from Harm: Accelerating Patient Safety Improvement Fifteen Years after To Err Is Human [Електронний ресурс] / National Patient Safety Foundation. – Boston, MA: National Patient Safety Foundation, 2015. – Режим доступу: http://www.ihi.org/resources/Pages/Publications/Free-from-Harm-Accelerating-Patient-Safety-Improvement.aspx.

Сухорукова Г. Б., Махота Л. С., Чумаченко Т. О.

ОЦІНКА РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ НА ТЕРИТОРІЇ ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ ОСЕРЕДКІВ ЗАХВОРЮВАНЬ, ЯКІ МАЮТЬ МІЖНАРОДНЕ ЗНАЧЕННЯ

Організація заходів із санітарної охорони території Харківської області є часткою загальнодержавних медико-санітарних заходів, порядок та об'єм яких визначені у законодавчих та нормативних документах, розроблених відповідно до Міжнародних медико-санітарних правил (ММСП, 2005). Метою санітарної охорони території, окрім недопущення занесення на територію області небезпечних інфекцій, є забезпечення своєчасного виявлення та локалізації осередків цих інфекцій.

Із кінця XX сторіччя у світі було виявлено понад 30 нових небезпечних інфекційних захворювань, для більшості з яких не існує специфічних засобів лікування та профілактики, відмічено високу летальність: висококонтагіозні вірусні геморагічні гарячки (Ласа, Ебола, хвороба Марбург), SARS, MERS-CoV, гарячка Західного Нілу тощо. Тоді ж значно зросли міжнародні транспортні потоки, що сприяло розповсюдженню виносу збудників за межі ендемічних зон.

Україна посилює політичний розвиток, культурні, торгівельні та туристичні зв'язки з багатьма країнами, а також із такими, де є ендемічні осередки інфекцій, на які розповсюджуються ММСП. Усе це підвищує ризики заносу та розповсюдження на території країни збудників особливо небезпечних хвороб.

Мета: Визначення ризику виникнення та розповсюдження на території області захворювань, на які поширені ММСП.

Матеріали і методи. Застосовані методи епідеміологічного та статистичного аналізу, використано дані епідеміологічного моніторингу за 1997-2017 роки захворюваності у Харківській області інфекціями, на які розповсюджуються ММСП, та проведено огляд повідомлень ДУ «Український науково-дослідний протичумний інститут ім. І. І. Мечникова МОЗ України».

Результати. Основне місце у заносі особливо небезпечних інфекцій на неендемічні території займають транспортні засоби міжнародних сполучень, насамперед авіаційний транспорт. Територія області має 270 прикордонних кілометрів із Російською Федерацією. На кордоні функціює 1 міжнародний, 4 міждержавних пункти попуску на автомобільних шляхах та 3 пункти на залізничному транспорті, також з міжнародного аеропорту «Харків» виконують рейси до багатьох країн Європи, Близького Сходу, Африки.

У міжнародному аеропорті щороку росте кількість міжнародних рейсів, на сьогодні прибуває понад 1500 рейсів, до 150 тисяч пасажирів та членів екіпажів. Через міжнародний автомобільний пункт пропуску «Готівка» за останні 4 роки пасажиропотік зменшився вдвічі: прибуває до 40000 автомобільних транспортних засобів та до 250 тисяч осіб. За період функціювання із 1995 року санітарно-контрольних пунктів хворі та підозрілі на захворювання інфекціями, що мають міжнародне значення, не виявлялись. Заходи проводили щодо випадків маніфестних форм кору (при наявності висипу) та вітряної віспи.

Реєстрація у 2002-2003 роках у 32 країнах понад 8000 випадків нового захворювання з високою контагіозністю та летальністю – SARS, потребувала вжити невідкладних заходів із санітарної охорони території країни. Організація роботи в області, насамперед була спрямована на недопущення завозу інфекції на територію та орієнтована на виявлення хворих на SARS у місцях пропуску через державний кордон. На жаль, вжиті заходи не дозволили своєчасно виявити жінку з підозрою на SARS: приватний підприємець прибула з Китаю літаком до м. Москва, потім через автомобільний пункт пропуску (з клінічними ознаками респіраторного захворювання) поїхала до одного з районних центрів області. За медичною допомогою хвора звернулась за місцем мешкання вже на наступну добу, було встановлено попередній діагноз «SARS», під час проведення заходів виявлено значне коло контактних осіб (потім діагноз у хворої не підтвердили).

Також виявлено під час звернення за медичною допомогою за місцем мешкання хвору на гарячку Західного Нілу (2010 рік), яка прибула із подорожі до Греції в інкубаційному періоді, та 3 хворих на гарячку денге (2015), які захворіли під час подорожі до Таїланду та під час перетину державного кордону у 2 осіб уже були клінічні прояви (з м. Москва всі вони їхали на одному приватному автотранспорті).

Хоч ці трансмісивні гарячки не ендемічні для нашої області, але існування збудника існує уможливлює формування місцевих осередків гарячки Західного Нілу.

У 2014 році упродовж спалаху хвороби, викликаної вірусом Ебола (ХВВЕ), враховуючи тривалий інкубаційний період (21 доба) на здоровпунктах ВУЗів міста Харкова було організовано медичне спостереження за студентами, які прибули із країн, де реєструвались випадки ХВВЕ (Гвінея, Ліберія, С'єра-Леоне, Нігерія, Сенегал, Конго). Було складено списки студентів, що підлягають спостереженню (758 осіб у 10 ВУЗах), за можливості уточнено дату прибуття в Україну. На огляди було залучено 570 осіб з клінічними ознаками захворювання або контактних, хворих не виявлено. Під час спостереження було виявлено низку проблем, головною з яких було мандрування країною іноземних студентів після прибуття в Україну: 188 студентів прибули до місця навчання після завершення терміну медичного спостереження (21 доба після виїзду з ендемічної країни), у межах інкубаційного періоду вони перебували в різних містах України та виникнення симптомів захворювання могло бути несвоєчасним. У 2018 році під час організації спостереження за студентами із країн, де триває спалах хвороби Ласа (Нігерія, Ліберія) та ХВВЕ (Конго) виникла та сама проблема – відсутність інформації щодо пересування студента після в'їзду до України.

Сьома пандемія холери, яка триває у світі вже понад 50 років, визначає актуальність та епідемічну значимість інфекції і на сьогодні. Холера є індикатором соціальної ситуації у суспільстві, тривалі епідемічні ускладнення настають не тільки після природних катаклізмів, а й на територіях, де є військові дії, дефіцит питної води, антисанітарні умови мешкання, недоступність медичної допомоги. Існує декілька особливостей цієї пандемії – зростання кількості завізних випадків в епідемічно благополучні країни (США, Канада, Японія, країни Євросоюзу) та циркуляція V.cholerae O1 в об'єктах навколишнього середовища на територіях, де немає захворюваності.

В Україні епідемічне розповсюдження інфекція отримала на територіях південних областей країни. Останній спалах відбувся в 2011 році у м. Маріуполь Донецької області, тоді діагноз підтвердили у 32 осіб. В Сумській області був зареєстрований завізний випадок, коли діагноз встановлено вже після прибуття хворої з-за кордону авіаційним транспортом до місця мешкання.

У Харківській області навчається понад 1000 студентів з ендемічних країн, функціює близько 40 туристичних фірм, які організовують подорожі в ендемічні країни, такі як Індія. Також область межує з Донецькою областю, де у природних водоймищах циркулюють патогенні штами V. cholerae, а через тривалі військові дії було порушено всю інфраструктуру. За останні 6 років в області з об'єктів навколишнього середовища виділено 9 культур холерного вібріону О1. За результатами досліджень методом ПЛР референс-лабораторією ДУ «ЦГЗ МОЗ України» культури підтверджено як V. cholerae OI авирулентні. Відсутність у виділених культур токсгену свідчить про епідемічну безпеку циркулюючих штамів, проте у разі попадання вірулентних штамів наявні всі умови для виникнення потенційно небезпечних осередків.

Під час спалаху серед людей на межі століть пташиного грипу, викликаного штамом вірусу H5N1, на території Харківської області епідемічних та епізоотичних ускладнень не зареєстровано. Враховуючи, що під час трансконтинентальних перельотів мігруючих птахів, територію нашої області відносять до «загрозливої зони» заносу вірусу, все ж існувала висока вірогідність виникнення пташиного грипу серед домашньої птиці та в господарствах, а далі – інфікування людей. Загроза епідускладнень потребувала коригування комплексних планів. Було відпрацьовано схеми сповіщення посадових осіб, взаємодії між службами та відомствами, проведено 2 обласних тренувальних заняття з локалізації осередку за участю представників різних служб. Під час відпрацювання організаційних заходів було виявлено низку недоліків та прорахувань у роботі, їх усунення сприяло покращенню підготовки заходів щодо недопущення епідускладнень під час проведення чемпіонату Європи з футболу у 2012 році.

Висновки: Функціювання у міжнародних пунктах пропуску санітарно-контрольних пунктів не забезпечує своєчасне виявлення осіб з підозрою на захворювання, що мають міжнародне значення.

Розповсюдження у світі особливо небезпечних інфекцій з тривалим інкубаційним періодом (контагіозні геморагічні гарячки – до 21 доби, MERS-CoV – до 14 діб) збільшує ризик прибуття до країни осіб в інкубаційному періоді, що потребує підвищення готовності загально-лікувальної мережі до виявлення таких хворих, формування настороги та громадської відповідальності у працівників сфери обслуговування, туристичних агентів, самих прибулих для забезпечення своєчасної ізоляції підозрілих на захворювання.

Потепління клімату сприяє розповсюдженню у північному напрямку переносників, що у процесі зростання міжнародних авіаційних транспортних потоків підвищує ризик виникнення й укорінення на території області ендемічних осередків деяких трансмісивних вірусних гарячок та холери.

Федірко П. А., Бабенко Т. Ф., Дорічевська Р. Ю.

НЕОБХІДНІСТЬ ОФТАЛЬМОЛОГІЧНОЇ ДИСПАНСЕРІЗАЦІЇ НАСЕЛЕННЯ РАДІАЦІЙНО ЗАБРУДНЕНИХ ТЕРИТОРІЙ

Внаслідок Чорнобильської катастрофи значна частина території України зазнала радіаційного забруднення [1]. Останніми роками було доведено, що розвиток патології ока, передусім прискорення розвитку вік–залежних офтальмологічних захворювань, є одним із основних виявів негативного впливу іонізуючого випромінювання на організм людини [2]. Результати спостережень за станом органу зору у мешканців радіаційно забруднених внаслідок Чорнобильської катастрофи територій досі нечисленні. Наші дослідження свідчать про раннє формування у молодих осіб, що зазнають у процесі роботи впливу іонізуючого випромінювання низької інтенсивності, макулодистрофій і інших дистрофічних захворювань сітчастої оболонки [3]. Із урахуванням цих та інших даних, слід вважати, що у середньо-віддаленому періоді прогресування захворювань ока, насамперед макулодистрофій, суттєво впливатиме на зорову працездатність населення, незважаючи на те, що додаткові дозові навантаження, обумовлені Чорнобильським забрудненням, знижуються [4].

Було доведено, що раннє профілактичне лікування здатне значно пригальмувати розвиток найбільш поширених патологічних змін сітчастої оболонки у осіб, що зазнають радіаційного впливу малої інтенсивності [5]. Потреба у своєчасному виявленні і проведенні профілактичного лікування захворювань ока у мешканців радіаційно забруднених територій обумовлює необхідність збереження мережі офтальмологічних кабінетів і відділень на цих територіях, забезпечення їх сучасною діагностичною апаратурою, посилення профілактичної спрямованості їх роботи.

Література:

1. Тридцять років Чорнобильської катастрофи : радіологічні та медичні наслідки : Національна доповідь України. – К., 2016. – 177 с.

2. Sergienko N. M., Fedirko P. A. Accommodative function of eyes in persons exposed to ionizing radiation / Ophthal. Res., 2002. – V. 34, № 4. – P. 192–194.

3. Fedirko P. A., Babenko T. F., Dorichevska R. Y., Garkava N. A. Retinal vascular pathology risk development in the irradiated at different ages as a result of Chornobyl NPP accident / Probl. Radiats. Med. Radiobiol., 2015. – Vol. 20. – P. 467–475.

4. Василенко В. В., Нечаєв С. Ю., Циганков М. Я. та ін. Основні чинники формування внутрішнього опромінення населення радіоактивно забруднених територій на поточному етапі аварії на ЧАЕС (на прикладі Київської області) / Проблеми радіаційної медицини та радіобіології., 2015. – Вип. 20. – С. 148–156.

5. Федірко П. А., Бабенко Т. Ф., Дорічевська Р. Ю. Результати тривалого застосування комплексу лютеїну, зеаксантину і ресвератролу для профілактики ВМД у осіб, що працюють в шкідливих умовах / Актуальні питання офтальмології : матер. наук.-практ. конф. Чернівецького, Івано-Франківської, Тернопільської, Хмельницької областей України. Одеса, Чернівці, 2017. – С. 204–205.

Хоменко І. М., Першегуба Я. В., Півень Н. В., Авраменко Л. М.

ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ НА ШЛЯХУ РОЗБУДОВИ СИСТЕМИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

Вступ. Створення системи громадського здоров'я в Україні започатковано 2016 року розпорядженням Кабінету Міністрів України, яким затверджено відповідну Концепцію розбудови [1]. Ухвалюючи Концепцію Уряд пріоритизував профілактичний напрям як завдання держави на шляху зміцнення, збереження здоров'я і попередження захворювань, тим самим змінивши фокус системи охорони здоров'я від політики лікування до політики попередження. Метою створення системи громадського здоров'я в Україні, як основи профілактичної медицини, є втілення основних системних заходів, що спрямовані на збереження здоров'я населення і зменшення потреб у витратах на медичне обслуговування, що загалом спричинені тягарем хронічних неінфекційних захворювань.

Метою роботи є аналіз проблемних питань розбудови системи громадського здоров'я в Україні.

Матеріали та методи. У роботі використані методи теоретичного аналізу наукової літератури та статистичної обробки інформації.

Результати. Оцінку проблемних питань розбудови системи громадського здоров'я в Україні проводили на прикладі атмосферного повітря. За інформацією Міністерства охорони здоров'я в Україні понад 2/3 загальної захворюваності та близько 86% смертей становлять неінфекційні захворювання (діабет, рак, серцево-судинні захворювання, хронічні хвороби органів дихання) [2]. У світі загалом неінфекційні захворювання складають 71 % усіх смертей у всьому світі. Понад 80% всіх випадків передчасних смертей від неінфекційних хвороб складають 4 групи захворювань: серцево-судинні, онкологічні хвороби, респіраторні захворювання , цукровий діабет [3].

Всесвітня організація охорони здоров'я визнала забруднення повітря другою провідною причиною смертності від неінфекційних захворювань після куріння тютюну. Неінфекційні захворювання, які, викликані забрудненням повітря, враховують серцево-судинні захворювання, інсульти, хронічні обструктивні захворювання легень та рак легенів. Основні забруднювачі повітря утворюються та вивільняються у процесі життєдіяльності людини, головним чином під час згоряння палива. Найбільшими забруднювачами повітря, які створюють серйозні ризики для здоров'я в Європейському регіоні, є двоокис азоту, тверді частиночки, оксиди сірки та аміак. Протягом останніх 27 років (1990 до 2016 року) в Європейському Союзі було зареєстровано скорочення викидів всіх забруднювачів повітря. Найбільше зменшення викидів оксиду сірки, яке зменшилося майже на 90%, оксиду азоту – більш ніж удвічі, твердих часточок – на третину, аміаку – лише на одну чверть. Таке суттєве зменшення основних забруднюючих речовин повітря здійснили завдяки спеціальним державним політикам Європейського Союзу [4].

Викиди оксиду сірки скорочені в результаті відмови від твердого та рідкого палива з високим вмістом сірки та переходу на природний газ. Скорочення викидів оксиду азоту та твердих часточок відбулося завдяки ведення «євро» стандартів на автомобільному транспорті та заміні твердого палива на природній газ. При цьому недостатнє зменшення викидів аміаку у порівнянні з іншими забруднюючими речовинами відбулося через те, що найбільшим забруднювачем повітря аміаком є сільське господарство через неврегулювані питання поводження з органічним добривом (гноєм). В Україні з 2014 року впроваджена адміністративна реформа, яка спрямована на дерегуляцію підприємницької діяльності і скорочення контрольно-наглядових функцій з боку держави. Так, постановою Кабінету Міністрів України від 10 вересня 2014 р. № 442 «Про оптимізацію системи центральних органів виконавчої влади» було ліквідовано Державну санітарно-епідеміологічну службу, а її контролюючі функції щодо санітарного законодавства було передано до створеної Державної служби України з питань безпечності харчових продуктів та захисту споживачів (Держпродспоживслужба) [5]. При цьому питання формування політики щодо захисту здоров'я населення, санітарного та епідемічного благополуччя населення закріплено за Міністерством охорони здоров'я України.

Наказом МОЗ України від 18.09.2015 р. № 604 створено Державну установу «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України», яка не наділена контрольними та інспекторськими функціями, а основним завданням якої є забезпечення епідеміологічного нагляду (спостереження) за захворюваннями та факторами ризику, що їх спричиняють [6]. Водночас питання контролю (нагляду) за якістю атмосферного повітря лежить у площині відповідальності декількох органів влади, а саме Держпродспоживслужби як органу, що реалізує політику у сфері контролю (нагляду) за санітарним законодавством та Державної екологічної інспекції України (Держекоінспекція), що реалізує політику у сфері охорони природного навколишнього середовища, зокрема у частині охорони атмосферного повітря. Результат адміністративної реформи демонструє чітке розподілення завдань між заінтересованими центральними органами виконавчої влади, а також визначає посилену роль відповідальності бізнесу. Водночас, відсутність потужної нормативно-правової бази предмету регулювання, в даному випадку відносно атмосферного повітря, не дозволяє відповідним органам якісно та ефективно впроваджувати політики щодо попередження несприятливого впливу на здоров'я людей хімічних і біологічних речовин, які розповсюджуються в атмосферному повітрі від джерел їх надходження.

Така ситуація призводить до значного забруднення атмосферного повітря з одного боку, а з іншого – до недооцінки дії забрудненого повітря на стан здоров'я людей і, як наслідок, неможливості провадження адекватних профілактичних заходів.

Висновки. Для врегулювання цієї проблеми необхідно на державному рівні впровадити ефективну систему моніторингу за основними забруднювачами атмосферного повітря, що чинять найбільший вплив на захворюваність та смертність населення, а також забезпечення дієвого контролю (нагляду) за об'єктами, що є джерелами забруднення атмосферного повітря; постійно аналізувати вплив атмосферного повітря (його складових елементів) на здоров'я населення (особливо на здоров'я дітей та здоров'я підлітків як індикаторний показник); активізувати міжсекторальну взаємодію з метою ефективного проведення профілактичних заходів.

Література:

1. Концепція розвитку системи громадського здоров'я. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. № 1002-р «Про схвалення Концепції розвитку системи громадського здоров'я» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://www.kmu.gov.ua/ua/npas/249618799.

2. Як зберегти здоров'я українців? Система громадського здоров'я [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://old.moz.gov.ua/ua/portal/pre_20161208_b.html.

3. Noncommunicable diseases [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases.

4. Air pollution statistics – emission inventories [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Air_pollution_statistics_-_emission_inventories.

5. Постанова Кабінету Міністрів України від 10 вересня 2014 р. № 442 «Про оптимізацію системи центральних органів виконавчої влади» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/442-2014-п.

6. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 18.09.2015 р. № 604 «Про утворення Державної установи «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://www.apteka.ua/article/364127.

Хоронжевська І.С., Бевз Т. І., Мартинюк Г. А.

МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧНИЙ МОНІТОРИНГ ЗА ЦИРКУЛЯЦІЄЮ ВІРУСУ ГЕПАТИТУ С СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ РІВНЕНСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Вступ. Вірусний гепатит С – небезпечна інфекційна хвороба, яка сьогодні набула широкого епідемічного поширення [1,2,3]. За даними оцінок ВООЗ, у Європейському регіоні живуть 13 мільйонів людей із хронічною інфекцією вірусу гепатиту В (ВГВ) і більше 15 мільйонів людей із хронічною інфекцією вірусу гепатиту С (ВГС). Ще складніша ситуація виникає тому, що 90% людей, що мають гепатит В, і 80% людей із гепатитом С не знають про свій статус. Це може привести до розвитку фатальної хвороби печінки в певний період їхнього життя, а в деяких випадках ці люди несвідомо можуть передати інфекцію іншим. За оцінками ВООЗ, у Європейському регіоні від вірусних гепатитів В і С щорічно помирають близько 171 000 людей. У травні 2016 р., під час сесії Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я країни, члени ВООЗ ухвалили стратегію сектору охорони здоров'я з боротьби з вірусними гепатитами. Вона передбачає елімінацію вірусних гепатитів В і С до кінця 2030 р. [2].

Метою роботи було вивчення частоти виявлення фрагментів нуклеїнової кислоти (НК) вірусу гепатиту С (ВГС) та окремих його генотипів серед осіб із наявністю антитіл до ВГС у різних групах населення Рівненської області.

Методи. Виявлення фрагментів НК ВГС та його окремих генотипів у осіб із наявністю антитіл до вірусу гепатиту С серед різних груп населення Рівненської області проводили якісним та кількісним методом полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) у вірусологічній лабораторії ДУ «Рівненський обласний лабораторний центр МОЗ України» 2011–2016-го рр., а також у інших акредитованих лабораторіях.

Результати. Дослідження показали, що особи з наявністю антитіл до ВГС (анти-ВГС) у крові – активні джерела розповсюдження інфекції вірусу ГС: серед 96 первинних донорів крові з наявністю анти-ВГС у крові у 77-х (80,21 ± 4,07%) було виявлено фрагменти НК ВГС, поміж 266-х амбулаторних хворих – у 54,51 ± 3,05 % (145 осіб), у 203-х стаціонарних хворих із діагнозом «хронічний активний ГС» – у 84,73 ± 2,52 % (172 осіб). Первинні донори крові з наявністю анти-ВГС у крові були відсторонені від донорства.

Концентрації РНК ВГС менше: 104МО/мл були виявлені у 5 (15,63 ± 6,42 %) амбулаторних хворих ХГС, виявлених перше, і в 8 (27,91 ± 3,42 %) хворих ХГС, які перебували на стаціонарному лікуванні, однак різницю виявлено не достовірну (p >0,05).

Концентрації РНК ВГС більше: 105МО/мл були виявлені у 27-х (84,37 ± 6,42 %) амбулаторних хворих ХГС, виявлених уперше, і в 124-х (72,09 ± 3,42 %) хворих ХГС, які перебували на стаціонарному лікуванні (p >0,05).

Водночас і в амбулаторних хворих ХГС, виявлених уперше, і в стаціонарних хворих ХГС концентрації РНК ВГС більше: 105МО/мл (27 (84,37 ± 6,42 %) і 124 (72,09 ± 3,42 %) відповідно) у 7-9 разів переважали концентрації РНК ВГС менше 104МО/мл (5 (15,63 ± 6,42%) і 48 (27,91 ± 3,42 %) відповідно) (p < 0,05).

Структуру генотипів (субтипів) ВГС аналізували в динаміці за 20 років (1995-2016-го рр.) серед 237 хворих хронічним активним гепатитом С (які вперше перебували на стаціонарному лікуванні 2011-2016-го рр.); 172 стаціонарних хворих (2007-2010 рр.); 20 первинних донорів крові в 1995-1996-х рр.

Необхідно зазначити, що між обстежених 237-х хворих хронічними гепатитами, які перебували на диспансерному обліку й були вперше госпіталізовані 2011-2016-го рр. у Рівненський обласний лікувально-діагностичний гепатологічний центр, субтип 1b HCV був визначений у 160-х осіб (67,51±3,04%), субтип 3а ВГС виявили у 58 (24,47±2,79%), генотип 2 ВГС – у 15-х (6,33±1,58%), субтип 1а ВГС – у 3-х (1,27±0,73%), генотип 4 ВГС – у одного хворого, що склало 0,42±0,42%. 2007-2010-го рр. поміж обстежених 172-х таких хворих хронічними гепатитами субтип 1b ВГС було знайдено в 129-х осіб

(75,0±3,3%), субтип 3а ВГС виявили у 36-х (20,93±3,1%), генотип 2 ВГС – у 5-х (2,91±1,28%), субтип 1а ВГС – у 3-х (1,27±0,73%); не вдалось знайти генотип у 2-х хворих, що склало 1,16±0,82%.

1995-1996 рр. під час генотипування методом ПЛР 20 зразків плазми крові (з наявністю РНК ВГС) первинних донорів крові, які проживали в Рівненській області, у 17 (85 ± 8,19 %) було виявлено субтип 1b ВГС, у 2 (10,0 ± 6,88 %) – субтип 3а ВГС, у одного хворого (5,0 ± 5,0 %) генотип вірусу ГС знайти не вдалося. Водночас субтипи 1а, 2а, 2b ВГС не було виявлено.

Висновки.

1. Особи з наявністю антитіл до ВГС (анти-ВГС) в крові – здебільшого активні джерела інфекції вірусу ГС: серед них у 54,51%–80,21% виявляли фрагменти НК вірусу гепатиту С, до того ж концентрацію ВГС більше 105МО/мл було знайдено в 72,09%-84,37%.

2. За останні 20 років серед населення Рівненської області структура генотипів ВГС зазнала певних змін: зменшилася питома вага субтипу 1b HCV з 85 ± 8,19% до 67,51±3,04% і збільшилася питома вага субтипу 3а HCV з 10,0 ± 6,88% до 24,47±2,79%.

Література:

1. Мартынюк Г.А. Гепатит С на территории Северо-Западной Украины / Г.А. Мартынюк, И.В. Шахгильдян, С.А. Крамарев [и др.] // Эпидемиология и инфекционные болезни. –1998. – № 4. – С. 25–28.

2.План дій сектора охорони здоров'я по боротьбі з вірусними гепатитами в Європейському регіоні ВООЗ / Європейський регіональний комітет ВООЗEUR / RC66 / 10. Шістдесят шоста сесія+ EUR / RC66 / Conf.Doc. / 6.- Копенгаген, Данія, 12-15 вересня 2016.

3. Kalinina O. A natural intergenotypic recombinant of hepatitis C virus indentified in St. Petersburg / O. Kalinina, H. Norder, S. Mukomolov, L. Magnius // J. Virol. – 2002. – Vol. 76. –P. 4034–4043.

Хоронжевська І. С., Вакуліч О. М., Мороз В. О., Воробей О. В.,
Бялковський О. В., Сафонов Р. В.

МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧНИЙ МОНІТОРИНГ ЗА ЦИРКУЛЯЦІЄЮ ВІРУСІВ ГРИПУ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ РІВНЕНСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Вступ. Грип належить до найпоширеніших неконтрольованих інфекційних хвороб, що викликає епідемії, пандемії і призводить до значних економічних витрат.

Останні десятиліття молекулярно-генетичні методи, зокрема полімеразна ланцюгова реакція (ПЛР), займають провідне положення у діагностиці та контролі цього захворювання, тому що безпосередньою перевагою їх над класичними мікробіологічними методами є надзвичайно висока чутливість, специфічність і експресність у детекції та ідентифікації вірусів [1, 2, 3, 4]. Сьогодні молекулярно-генетичний моніторинг вірусів грипу на досліджуваній території – це важлива частина епідеміологічного нагляду за цією інфекцією.

Мета роботи: проведення молекулярно-генетичного моніторингу за циркуляцією вірусів грипу серед населення на досліджуваній території для своєчасної діагностики епідемії (спалаху) та обґрунтованого планування і проведення комплексу заходів проти епідемії у регіоні.

Методи. За 2009–2017 роки методом ПЛР зі зворотньою транскрипцією (ЗТ-ПЛР) було обстежено 862 осіб з підозрою на грип та 84 зразки секційного матеріалу (від померлих хворих з діагнозом грип та негоспітальна пневмонія) у вірусологічній лабораторії ДУ «Рівненський обласний лабораторний центр МОЗ України» на ампліфікаторі iQ5 Bio Rad за допомогою тест-систем «Ампли Сенс InfluenzavirusA/B-Fl» з гібридизаційно-флуоресцентною детекцією у режимі «реального часу». Типи та підтипи вірусів грипу визначали за допомогою реагентів фірми Bio Rad та праймерів Biosearch. Позитивні проби та зразки секційного матеріалу направляли на підтвердження у Національну вірусологічну референс-лабораторію.

Результати. Показники захворюваності гострими респіраторними інфекціями (ГРІ) за 2009–2017 роки у Рівненській області коливались від 17466,7 випадків на 100 тис. населення у 2009 році до 21 611,7 $^{0}/_{0000}$ – у 2016 році, з подальшим зниженням цього показника до 18373,97$^{0}/_{0000}$ – у 2017 році. Найвищий рівень захворюваності на грип був відмічений у 2009 році (1379,7 випадків на 100 тис. населення), у 2016 році – 555,93 $^{0}/_{0000}$, у 2017 році – 108,64 $^{0}/_{0000}$.

Початок епідемії грипу, викликаної штамом вірусу грипу А(H1N1 пандемічний), в області був зафіксований 29 жовтня 2009 року, коли із секційного матеріалу від хворого на негоспітальну пневмонію методом ЗТ-ПЛР (з електрофоретичною детекцією продуктів ампліфікації) було виявлено нуклеїнову кислоту (НК) вірусів грипу типу А (яка у вірусологічній лабораторії ЦСЕС була ідентифікована, як НК грипу А (H1N1) з пандемічним потенціалом). Ідентифікація вірусів грипу під час початку епідемії 2009 року в Рівненській області була проведена одна з перших в Україні. Далі за 2009-2017 роки серед 862 хворих з підозрою на грип, обстежених методом ЗТ-ПЛР, генетичні маркери вірусів грипу були виявлені у 204 (23,7%). У структурі позитивних осіб фрагменти нуклеїнової кислоти (НК) вірусів грипу типу А були виявлені у 173 (84,8%) хворих, фрагменти НК вірусів грипу типу В – у 31 (15,2%). Серед хворих, у яких були виявлені генетичні маркери вірусів грипу типу А, підтип А (H1N1 пандемічний) ідентифіковано у 125 (72,3%) осіб, підтип А(H3N2) – у 37(21,4%) осіб, а у 11 (6,3%) пацієнтів визначити підтип вірусів грипу типу А не вдалось. Крім того, якщо у 2009-2013 роках серед 434 обстежених хворих НК вірусу грипу А (H1N1 пандемічний) було виявлено у 67 (15,4%) осіб, то за період 2014-2017 роки цей підтип було діагностовано у 58 пацієнтів із 428, що складало 13,5%. Віруси грипу підтипу А (H1N1 пандемічний) виявляли серед 32 (19,4%) із 165 обстежених хворих у 2009-2010 роках, у 26 (21,5%) із 121 обстежених пацієнтів у 2011 році, у 6,1% хворих у 2012-2013 роках (9 із 148 обстежених), у 55 (27,8%) із 198 обстежених пацієнтів у 2016 році.

Під час дослідження 84 зразки секційного матеріалу від померлих хворих з діагнозом грип та негоспітальна пневмонія за період 2009-2017 роки, НК вірусів грипу виявлена у 35(41,7%) зразках, серед них підтип вірусу грипу А(H1N1 пандемічний) ідентифіковано у 32 (91,3%) померлих хворих, підтип А(H3N2) виявлено у 1(2,9%), ще у одному зразку не вдалось виявити підтип вірусу грипу типу А. НК вірусу грипу типу В виявлено у одного померлого хворого. Якщо у 2009 році серед 18 померлих НК вірусу грипу А(H1N1 пандемічний) було виявлено у 14 (77,8%) померлих хворих, то у 2010 році – у 4 (33,3%) із 12 обстежених, у 2016 році серед 28 померлих хворих у 13(46,4%) було виявлено цей підтип вірусу грипу, ще в одному зразку не вдалось виявити підтип вірусу грипу типу А.

Висновки.

1. На досліджуваній території за останні 9 років віруси грипу типу А визначали у хворих у 5,6 рази частіше, ніж віруси грипу типу В (84,8% та 15,2% відповідно).

2. Серед вірусів грипу типу А домінує підтип А (H1N1 пандемічний), який виявляли у 3,4 рази частіше, ніж підтип А (H3N2) (72,3 % та 21,4 % відповідно), ще у 11 (6,3 %) осіб визначити підтип вірусу грипу А не вдалось.

3. За період 2009-2017 роки серед 35 померлих хворих, у яких було виявлено НК вірусів грипу, підтип вірусу грипу А(H1N1 пандемічний) ідентифіковано у 32 (91,3%) померлих, підтип А(H3N2) у 1 (2,9%), ще у одному зразку не вдалось виявити підтип вірусу грипу типу А. НК вірусу грипу типу В виявлено у одного померлого хворого.

4. Для своєчасної діагностики епідемії (спалаху) грипу важливо проводити молекулярно-генетичний моніторинг вірусів грипу з метою обґрунтованого планування і проведення комплексу протиепідемічних заходів в регіоні.

Література:

1. Артемчук О. О. Аналіз захворюваності на грип та ГРВІ (Україна, епідемічний сезон 2015-2016 р.р.) / О. О. Артемчук, Т. Дихановська // Регіональний науковий симпозіум в рамках концепції «Єдине здорв'я» та семінар із рецензування та відбору наукових робіт за підтримки ПЗСБД в Україні. – Київ : Black&Veatch. – 2017. – С.116.

2. Бредихіна М. О. Вірусологісний моніторинг в системі епідеміологічного нагляду за грипом і гострими респіраторними захворюваннями у Дніпропетровській області / М. О. Бредихіна, О. Штепа, В. Резвих та ін. // Регіональний науковий симпозіум в рамках концепції «Єдине здорв´я» та семінар із рецензування та відбору наукових робіт за підтримки ПЗСБД в Україні. – Київ:Black&Veatch. – 2017. – С.118.

3.Герасюта Н. М. ПЛР-ідентифікація вірусу грипу А (H1N1) у тканині легень померлих від негоспітальної пневмонії / Н. М. Герасюта, І. І. Кириченко, А. А. Бойко, І. В. Короваєва, І. М. Звягольська, Л. О. Панченко // Інфекційні хвороби. – 2011. – №1. – С. 29–31.

4. І. В. Дзюблик, О. В. Кукало Сучасні методи етіологічної діагностики негоспітальних пневмоній у дорослих / І. В. Дзюблик, О. В. Кукало // «Інфекційні хвороби сучасності: етіологіч,епідеміологіч, діагностика, лікування,профілактика, біологічна безпека» присвячена шорічним «Читанням» пам´яті академіка Л.В. Громашевького. Матеріали конф. – Київ,2017. – С.64–65.

Хоронжевська І. С., Сергєєва Т. А., Мартинюк Г. А., Мороз В. О.

ЕПІДЕМІОЛОГІЧНИЙ МОНІТОРИНГ ЗА ПОШИРЕНІСТЮ ГЕПАТИТУ С СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ РІВНЕНСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Вступ. Моніторинг за поширеністю парентерального вірусного гепатиту С є важливим складником епідеміологічного нагляду за цією хворобою і входить до 10 основних із 37 індикаторів рекомендованих ВООЗ для оцінки епідемічної ситуації. Актуальність проблеми вірусного гепатиту С пов'язана не тільки із широким залученням у епідемічний процес людей молодого працездатного віку, а також часто зі значним розвитком цирозу печінки та гепатоцелюлярної карциноми і можливими фатальними наслідками [1, 2, 3]. Тому у 2016 році ВООЗ затвердила Першу Глобальну Стратегію Сектора охорони здоров'я щодо елімінації вірусних гепатитів.

Метою роботи було вивчення широти поширеності вірусного гепатиту С, цирозу печінки та показників смертності від цих хвороб на території Рівненської області за період 2010-2017 роки, аналіз частоти виявлення антитіл до вірусного гепатиту С серед різних груп населення Рівненської області у динаміці за 25 років, а також вивчення впливу соціальних факторів на епідемічний процес.

Методи. Аналіз захворюваності гострим та вперше виявленим хронічним гепатитом С (ГГС, ВВ ХГС), поширеність хронічних вірусних гепатитів та цирозу печінки, смертність через вірусний гепатит та цироз печінки серед населення Рівненської області проводили шляхом вивчення статистичних форм обліку інфекційних хвороб та форм звітності про окремі інфекційні та паразитарні захворювання №1(місячна), №2 (річна); вивчали дані серологічних досліджень шляхом аналізу форм річної звітності (ф.40) за період 1994-2016 рр.; проводили дослідження на антитіла до вірусу гепатиту С (анти-ВГС) різних груп населення методом ІФА у вірусологічній лабораторії (нині ДУ «Рівненський обласний лабораторний центр МОЗ України»).

Результати. Результати спостереження показали, що із 2003 р**.** по 2016 р. показники захворюваності ГГС у Рівненській області були низькими і коливалися від $1,2^0/_{0000}$ до $0,78^0/_{0000}$. Середній багаторічний рівень захворюваності в області склав $0,99^0/_{0000}$, що було в 1,87 рази менше загальноукраїнського показника ($1,85^0/_{0000}$). Зокрема, рівень захворюваності ГГС у місті Рівному був достовірно вищий (середньорічний показник склав $1,97^0/_{0000}$проти $0,99^0/_{0000}$ у цілому по області). Якщо у 1994 році показник захворюваності ГГС у місті. Рівному становив $1,6\ ^0/_{0000}$ (по області $0,35^0/_{0000}$), то у 2001 році захворюваність ГГС у Рівному і в області виросла відповідно у 5,3 і 4,5 рази і досягла 8, $5\ ^0/_{0000}$ і $1,6^0/_{0000}$відповідно. Такий ріст захворюваності ГГС у цей період, на наш погляд, був пов'язаний, як з покращенням лабораторної діагностики ГС з використанням більш удосконалених тест-систем, так і з реальним посиленням інтенсивності епідемічного процесу цієї інфекції. Ріст захворюваності ГГС із 1994 року по 2001 ріку місті Рівному був відмічений на фоні значного збільшення кількості осіб, які вживали наркотичні речовини, зокремавнутрішньовенно. Якщо у 1994 році у. Рівному було зареєстровано 284 хворих на наркоманію, то у 2001 році ця кількість збільшилась у 2,17 рази і склала 615 осіб.

Із 2010 р. по 2016 р. захворюваність гострим гепатитом С (ГГС) у Рівненській області коливалась у межах 0,43- 1,74 на 100 тисяч населення ($0,43^0/_{0000}$ – $1,74\ 2^0/_{0000}$). Тоді ж за 2010-2016 рр. захворюваність вперше виявленим хронічним ГС (ВВХГС) значно перевищувала захворюваність ГГС (у 3,7 рази в 2012 р. та 22,7 рази у2014 р.) і коливалась у межах $6,26^0/_{0000}$ (2011 р.) – $13,21^0/_{0000}$ (2016 р.). Аналіз вікової структури хворих ВВХГС показав, що 62,6%-73,9 % цих хворих знаходились у віковій групі від 20 до 49 років.

Слід зазначити, що останніми роками у Рівненській області кількість диспансерних хворих ХГС по області зросла у 1,3 рази із 1328 осіб (2013 р.) до 1793 (2016 р.), поширеність склала відповідно 11,5 та 15,4 на 10 тисяч дорослого населення.

За цей період у 1,4 рази зросла смертність через вірусний гепатит: якщо у 2011 році померли 6 таких хворих (показник 0,07 на 10 тисяч дорослого населення), то у 2016 році померли 12 таких хворих (показник

0,1). Всього за період 2011-2016 роки в області померли 26 хворих із діагнозом: хронічний вірусний гепатит.

У 2016 році на диспансерному обліку в області перебували 1153 хворих цирозом печінки (показник поширеності склав 13,0 на 10 тисяч дорослого населення), цього року від цирозу печінки померли 261 хворих (показник 3,0 на 10 000 дорослого населення). Всього за період 2011-2016 рр. в області померли 1394 хворих із цирозом печінки. Необхідно зазначити, що за даними Рівненського обласного гепатологічного центру, за період 2012-2016 рр. там щороку на стаціонарному лікуванні перебували від 136 до 168 хворих цирозом печінки, серед них маркери вірусного гепатиту С виявляли у 43,2%–56,3% хворих, а маркери гепатиту В визначали у 3,0%–7,4% хворих. У стаціонарних хворих ХГС ознаки цирозу печінки відмічали у 24,2–38,2% пацієнтів (у 64 із 265 у 2013 р. та у 76 із 199 у 2012 р.,). Аналогічні тенденції поширення гострого і хронічного гепатиту С відмічені у сусідніх Волинській, Львівській, Тернопільській, Житомирській, Хмельницькій областях.

Серед хворих гострим ГС переважали безробітні особи (53,1 ± 7,1% – 44,0 ± 7,0%). Аналіз шляхів передачі ГС показав, що кількість осіб з ГГС, які зазначали в анамнезі введення наркотичних препаратів внутрішньовенно становило 36,8 ± 6,89 % – 18,0 ± 5,43 %. Між показниками захворюваності на наркоманію у місті Рівному (у випадках на 100 тисяч населення) і частотою реєстрації безробітних (у випадках на 1000 наявного населення) встановлена пряма залежність (r = 0,67). Між показниками захворюваності ГГС, ГГВ і наркоманією, виявленими вперше, встановлена пряма кореляційна залежність (ГГС –наркоманії, r = 0,64; ГГВ – наркоманії, r = 0,84).

За період 2011-2016 рр. щороку в області на антитіла до вірусу гепатиту С (анти-ВГС) методом ІФА обстежували від 35480 до 41383 осіб, анти-ВГС виявляли у 1134 (3,19%) осіб у 2012 р., 1216 (3,38%) – у 2014 р., 673 (2,14%) – у 2016 р., за цей період серед 1500 здорових осіб у 34 (2,27%) були виявлені анти-ВГС. У 2007–2010 рр. під час обстеження 1451 здорових осіб різного віку виявили сумарну інфікованість у 1,65 ± 0,33%. Під час порівняння результатів виявлення анти-ВГС серед здорового населення області привертає увагу збільшення частоти виявлення цих антитіл у вагітних жінок із 1,52 ± 1,51% (1990–1993 рр.) до 3,21 ± 1,29% (2007–2010 рр.) і їх відсутність у дітей у віці до 14 років, обстежених у 2007 –2010 рр. та у 2011–2016 рр. Із 295 дітей віком до 14 років (обстежених у 2007–2010 рр.) анти-ВГС не були виявлені. Позитивні результати виявлення анти-ВГС у цей період (2007–2010 рр.) були відзначені у 2 із 425 (0,47 ± 0,33 %) обстежених осіб віком 15-19 років. У групі осіб віком 20-29 років показано збільшення показників інфікованості ВГС до 2,78. ± 0,83 %. Вищий рівень інфікованості (3,77 ± 1,85 %) відзначений серед осіб віком 40–49 років і 50–59 років (3,64 ± 2,53 %).

Обов'язкове тестування крові донорів на наявність анти-ВГС із 1994 р. дозволило різко зменшити число інфікованих серед кадрових донорів області. Так, серед обстежених нами 240 безоплатних донорів крові за період 2007-2010 р. анти-ВГС були виявлені у 6 (2,5 ± 1,01 %), а серед 180 кадрових донорів анти-ВГС не були виявлені, тоді як у 1990-1993 р. ці показники становили відповідно 3,17 ± 2,21 % і 6,58 ± 2,84 % (5 із 76).

Висновки. Ці дані свідчать про значну активність епідемічного процесу гепатиту С серед населення Рівненської області і вплив соціальних факторів (значної кількості безробітних осіб серед працездатного населення і поширення серед них наркоманії).

Проведення епідеміологічного моніторингу за парентеральним вірусним гепатитом С на регіональному рівні є необхідним складником епідеміологічного нагляду за цією хворобою для активного виявлення джерел інфекції, своєчасного проведення профілактичних та протиепідемічних заходів з метою забезпечення виконання заходів щодо ліквідації вірусних гепатитів до 2030 року.

Література:

1. Гураль А. Л. Проблема хронічного гепатиту С в Україні / А. Л. Гураль, В. Ф. Марієвський, Т. А. Сергеєва, В. Р. Шагінян // Досягнення і проблеми клінічної інфектології. Матеріалинаук.-практ. конференції. – Тернопіль: ТДМУ «Укрмедкнига», 2008. – С. 30–31.

2. Сергеєва Т. А. П'ять років офіційної реєстрації хронічних вірусних гепатитів в Україні: статистика та епідеміологічні особливості поширення / Т. А.Сергеєва, В. Р. Шагінян, О .С. Івськів // «Інфекційні хвороби сучасності:етіологія, епідемілдлгі, діагностика, лікування, профілактика, біологічна безпека» присвячена шорічним «Читанням» пам'яті академіка Л. В. Громашевького.Матеріали конф. – Київ,2015. – С. 76–70.

3. ImpactofHBV, HCVandHGVonhepatocellularcarcinomasinEurope: ResultofanEuropeanconcertedaction / S. Hadziyannis, J. Rodes, J. Bruix et al. // J. Hepatol. – 2007. – Vol. 26. – P. 139.

Цибульська О. В., Дмитроца О. Р., Швайко С. Є., Поручинський А. І.

ОЦІНКА АДАПТАЦІЙНИХ МОЖЛИВОСТЕЙ МОЛОДШИХ ШКОЛЯРІВ ЗАЛЕЖНО ВІД СИСТЕМИ ПІДГОТОВКИ ДО НАВЧАННЯ

Актуальність дослідження. У сучасних наукових публікаціях висвітлено тенденцію до зростання загальної захворюваності, поширеності хронічних хвороб та інвалідності дітей [4, с. 13; 7, с. 93]. Таким відхиленням у стані здоров'я сприяють не лише комп'ютеризація, інформаційне перевантаження, напруженість екологічної ситуації, зниження рівня медичної культури населення, а й недостатні можливості загальноприйнятих методик виявлення патологічних станів на донозологічному етапі. Стан здоров'я не можна розглядати без урахування процесів адаптації організму [1, с. 20; 2, с. 35; 4, с. 13]. Формування і зміцнення індивідуального здоров'я, підвищення адаптаційних можливостей, постійні моніторинги стану фізичного здоров'я школярів набувають подальшої актуальності та є важливим завданнями розвитку медицини, освіти, суспільства [5, с. 82; 6, 109].

Вагомою складовою формування і зміцнення індивідуального здоров'я є адаптаційний потенціал (АП) організму людини. В основі комплексної оцінки адаптаційних можливостей є системний аналіз усіх складових здоров'я з використанням моніторингових характеристик усіх функційних систем організму. В основу фізіологічної сутності адаптації покладено сукупність функціональних механізмів, які забезпечують адекватне пристосування організму до впливу навколишнього середовища, гармонійний розвиток і збереження належного рівня параметрів гомеостазу [5, с. 81; 6, 109]. Формуючим фактором адаптаційних можливостей дитячого організму є рівень фізичного розвитку. Наукове обґрунтування вікової фізіологічної готовності організму до тривалого систематичного навчання здійснюється з обов'язковим визначенням АП. Тому актуальними є дослідження адаптаційних можливостей організму школярів залежно від системи підготовки до навчання.

Мета роботи: провести оцінку адаптаційних можливостей молодших школярів, враховуючи систему їх дошкільної підготовки, у процесі адаптації до навчання у школі.

Методика дослідження. Участь в дослідженні брало 60 осіб (чоловічої статі, здорових, праворуких) упродовж двох етапів: І етап – у період старшого дошкільного віку (5,5-6 років; квітень-травень 2017 року), ІІ етап – у період молодшого шкільного віку (6,5-7 років; лютий-березень 2018 року). Усіх їх розділяли на дві групи (по 30 осіб): І група – діти, котрі систематично відвідували дошкільний навчальний заклад (ДНЗ), ІІ група – діти, котрі здійснювали підготовку до навчання в домашніх умовах (30 осіб). Дослідження здійснено в умовах спокою та з урахуванням існуючих біомедичних норм. Участь у дослідженні була добровільною та зі згоди батьків.

Для виявлення тенденцій щодо особливостей адаптаційних можливостей обстежуваних визначено їх основні антропометричні показники на різних етапах дослідження: довжину (зріст, см), масу тіла (МТ, кг), частоту серцевих скорочень (ЧСС, уд./хв.), артеріальний тиск (АТ сист. – максимальний тиск у спокої, мм рт. ст.; АТдіаст. – мінімальний тиск у спокої, мм рт. ст.) за допомогою загальноприйнятих методик. Для визначення рівня функціювання системи кровообігу та її адаптаційного потенціалу (АП) розраховували індекс функційних змін (ІФЗ) (за модифікацією Л.В. Квашніної та співавт., адаптованого для дитячого віку) упродовж етапів дослідження [3, с. 5-6]. Під час обробки отриманих даних використовували методи варіаційної статистики з оцінкою t-критерія Стьюдента.

Результати дослідження та їх обговорення. Отримані основні антропометричні показники дітей у періодах старшого дошкільного та молодшого шкільного віку загалом відображають типові віково-статеві закономірності росту та розвитку (табл. 1). Для дітей, котрі не відвідували ДНЗ, була характерна вища частка осіб з надлишковою масою тіла (І етап дослідження – 20%, ІІ етап -16,7% та показниками зросту вище норми (І етап – 23,3%, ІІ етап – 16,7%). Варто зазначити, що знижених показників маси тіла, як і зросту, серед усіх обстежуваних не виявлено. Таким чином, для дітей у процесі адаптації до систематичного навчання було характерне підвищення основних соматометричних показників в обох

досліджуваних групах. Приріст росту становив, в середньому, 2,5-2,8%, маси – 8,2-8,9 %, що відповідає віковими нормами [5, с. 81].

Таблиця 1

Середні показники вимірів для розрахунків адаптаційних можливостей обстежуваних упродовж етапів дослідження (M±m, n=30)

Група обстежуваних	Вік	Маса тіла, кг	Зріст, см	АТ сист., мм рт. ст.	АТ діаст., мм рт. ст.	ЧСС, уд. /хв.	АП, ум.од.
I етап	**I група**						
	5,78± 0,05	21,76± 0,47	119,33± 0,77	88,33± 1,29**	53,83± 1,26**	91,93± 0,78	1,61± 0,03**
	II група						
	5,71± 0,04	21,88± 0,87	120,08± 0,78	87,66± 1,30**	55,83± 1,39**	96,23± 1,37*	1,66± 0,03**
II етап	**I група**						
	6,83± 0,08	23,70± 1,69	122,26± 0,78	94,50± 1,27	61,50± 1,15	95,96± 1,44	1,81± 0,03*
	II група						
	6,70± 0,04	23,98± 0,89	123,18± 0,82	92± 1,32	60,66± 1,26	93,7± 2,23	1,74± 0,03

Примітка: знак «*» вказує на достовірно вищий показник між групами обстежуваних; знак «**» вказує на достовірно нижчий показник в межах етапів дослідження

Необхідним компонентом оцінки адаптаційних можливостей дитячого організму є показники АТ та ЧСС, що відображають стан роботи кровообігу. За вказаними показниками виявлено певні відмінності між групами обстежуваних упродовж етапів дослідження. Встановлено, що показники АТ в усіх дітей на I етапі дослідження характеризувалися деяким зниженням відносно вікової норми (див. табл. 1). Діти, котрі не відвідували ДНЗ більшою мірою характеризувалися нормативними величинами АТ (АТсист. – 16,5 %, АТ діаст. – 43,3%), порівняно з іншою групою обстежуваних (АТсист. – 6,7 %, АТ діаст. – 30%). На II етапі дослідження виявлено достовірне підвищення показників АТ в обстежуваних обох груп, що узгоджено з віковими особливостями; частина осіб з показниками АТ, що відповідають віковим нормам, є вищою серед дітей I групи (20%). Зазначимо, що серед обстежуваних не виявлено осіб з підвищеними показниками АТ. Проте виявлене зниження показників АТ, зокрема, діастолічного, пов'язане зі зниженням рухової активності дітей за умов одночасного підвищення розумового навантаження [5, с. 82; 6, 109].

Визначення ЧСС в обстежуваних вказує на їх нормативні значення за усередненими показниками. Проте для дітей I групи у віці 5,5-6 років характерні достовірно нижчі показники ЧСС (див. табл. 1). Загалом, серед дітей I групи впродовж етапів дослідження частина осіб зі зниженими показниками ЧСС спала від 60% до 46,7 %, тоді як в II групі – підвищилась від 30 % до 53,3%.

Під час оцінки адаптаційних можливостей до систематичного навчання встановлено, що для першокласників, які відвідували ДНЗ, був характерний достовірно вищий показник АП (див. табл. 1). У цій групі обстежуваних збільшилась частка осіб із задовільною адаптацією (I етап – 3,3%, II етап – 21,%). Тоді як у першокласників, котрі здійснювали підготовку до навчання в домашніх умовах, встановлено зворотну тенденцію – частка осіб із задовільною адаптацією зменшилася від 26,6 % до 10%. Наші дослідження показують, що здатність адаптуватися до систематичного навчання за показником реакції серцево-судинної системи, зокрема її регуляторних механізмів у дітей, що не відвідували ДНЗ, ускладнена.

Таким чином, зміни функційного стану та адаптаційних резервів серцево-судинної системи молодших школярів пов'язані, певною мірою, із системою підготовки до навчання. Так для дітей, котрі здійснювали підготовку до школи в домашніх умовах, були характерні дещо вищі показники зросту та маси тіла, відповідно до вікових норм; показники АТ більшою мірою відповідали віковим нормам також в цій групі обстежуваних. Серед дітей, котрі мали підготовку до навчання у ДНЗ, є вищою частка осіб з покращеною роботою кровообігу в процесі адаптації до систематичних занять.

Загалом, оцінка адаптаційних можливостей серцево-судинної системи дозволяє оцінити стан адаптації дитячого організму до навчання. За науковими дослідженнями встановлено, що рівень адаптаційних можливостей дитини формується не лише наявністю певних відхилень у стані здоров'я, а й індивідуальним функційним резервом [6, с. 109]. У цьому аспекті актуальним є пошук факторів ризику, які спричиняють зниження пристосувальних можливостей серцево-судинної системи, що можуть впливати на стан здоров'я дітей та ефективних методів його поліпшення. На нашу думку, серед цих факторів важливою є система підготовки до навчання.

Література:

1. Бабій І.Л. Адаптаційні можливості школярів / І.Л. Бабій, В.І. Величко, Я. І. Венгер // Здоровье ребенка. – 2011. – № 8 (35). – С. 20–24.

2. Воскобойнікова Г.Л. Концепція комплексної оцінки адаптаційних можливостей у формуванні і збереженні індивідуального здоров'я людини / Г.Л. Воскобойнікова. – «Наука і освіта». – № 8. – 2014. – С. 35-39.

3. Квашніна Л. В. Спосіб оцінки адаптаційних можливостей у дітей 6–17 років / Л. В. Квашніна, Ю. А. Маковкіна, Л. Г. Кузюк, А. В. Костенко // Опис до патенту на корисну модель № 26173 UA, A61B5/02; №u200703861; заявл. 06.04.2007; опубл. 10.09.2007. – Бюл. № 14.

4. Костроміна В.П. Адаптаційно-резервні можливості організму дітей, хворих на бронхіальну астму / В.П. Костроміна, О.О. Речкіна, Л.Б. Ярощук [та ін.] // Астма та алергія. – 2014. – № 3. – С. 13–19.

5. Неділько В.П. Шляхи підвищення рівня здоров'я дітей шкільного віку / В.П. Неділько, Т.М. Камінська, С.А. Руденок, Г.В. Скибан // Современная педиатрия. – 2010. – № 3 (31). – С. 81–84.

6. Нянковський С.Л. Стан здоров'я школярів в Україні / С.Л. Нянковський, М.С. Яцула, М.І. Чикайло, І.В. Пасечнюк // Здоровье ребенка. – 2012. – № 5 (40). – С. 109–114.

7. Строй А.А. Оцінка адаптаційних можливостей школярів міста Києва з йододефіцитом / О.А. Строй, Л.В. Сліпачук, Л.М. Казакова, Ю.П. Резніков / Здобутки клінічної і експериментальної медицини. – 2016. – № 3. – С. 92–95.

Цюх М. Ф., Кощановський А. Ю.

РАЦІОНАЛЬНА МЕДИЦИНА: ВІД ІНДИВІДУАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я ДО ГРОМАДСЬКОГО

Раціональну медицину в контексті громадського здоров'я вперше розглянуто як медико-соціальне явище, вона має чітко окреслені ознаки передового та прогресивного інструменту для досягнення багатьох цілей, які поставлено перед цією галуззю.

Індивідуальне та громадське здоров'я: де між ними проходить межа? Насправді вона дуже умовна. Якщо громадське здоров'я в якості індикатора ефективності оперує показниками на рівні певної території (регіону, держави, світу), то їхнє досягнення неможливе без окремих показників індивідуального здоров'я. Ці показники повинні мати відповідне об'єктивне вираження, щоб можна було їх оцінити, порівняти, а не базуватись на суб'єктивних судженнях та висновках.

Із цього випливає концептуальна проблема належного визначення поняття «здоров'я». Базуючись на застарілому ВООЗівському визначенні «здоров'я – це не тільки відсутність хвороб або фізичних дефектів, а стан повного фізичного, психічного та соціального благополуччя», ми підводимо оцінку стану здоров'я під певні суб'єктивні (умовні) судження: стан певного добробуту, що доволі оціночне поняття й може трактуватись по-різному.

Тому назріла проблема пошуку нового, концептуального визначення поняття «здоров'я» крізь призму об'єктивності. Адже здоров'я – це не тільки самопочуття, а й потенціал захисно-пристосувальних можливостей людини, тобто ступінь стійкості до шкідливих факторів, та його кількісна оцінка.

У такий спосіб визріло й закріпилося емпіричне розуміння того, що найбільша життєва цінність – здоров'я, яке в своїй основі залежить від його власника, тобто перш за все від кожного з нас, а медицина з усім своїм потужним апаратом лише може допомогти зберегти його, підтримати за потреби й вилікувати.

Поряд із загальноприйнятими підходами в сучасній медицині, де акцент зроблено на поліпшенні самопочуття (біль, температура тіла, артеріальний тиск, серцебиття, дихання, прояви травної і сечовидільної функцій) та ліквідації збудників проблеми (інфекція, токсини, перевантаження тощо), потрібно перш за все враховувати індивідуальну реакцію, що власне й є критерієм здоров'я. Адже реакція організму – відповідь на вплив факторів зовнішнього та внутрішнього середовищ; вона на один і той самий чинник у кожного буває різною та відображає індивідуальний стан здоров'я. Розуміння законів природи допоможе контролювати здоров'я кожного індивіда, сформувати власний захисно-пристосувальний коридор, тобто міру. «Все є отрута і все є ліки. Визначається дозою» (Парацельс). А це запорука й головна складова громадського здоров'я.

Ми запропонували нові дефініції понять: здоров'я, хвороба, медицина, патологія –крізь призму яких, на нашу думку, можна значно ефективніше використовувати наявний біопотенціал та паралельно зберегти фінансові ресурси. Це стосується як кожного пацієнта, так і системи охорони здоров'я загалом.

Людське життя проходить у обмеженому часі, просторі, швидкості, тобто в рамках законів класичної фізики. Оскільки сьогоднішня медицина, яка розвивається екстенсивно, подвоюючи інформацію приблизно через кілька днів, знаходиться в тупиковій ситуації для всебічного її об'єднання, не говорячи вже про можливості пацієнта, ми пропонуємо розглянути життя (функціональний цикл живого організму) крізь систему трансформації енергії (I закон термодинаміки), II-III закон термодинаміки: ентропія – порядок прагне до хаосу; немає вічного двигуна, а також тілом і рухом (закони Ньютона). Потрібно лише використати знання загальної освіти.

Акцент на клітину, універсальну складову людського організму, та механізми саморегуляції допоможе зрозуміти й користуватись можливостями персонального здоров'я, розраховувати різноманіт-

ні навантаження, а отже й запобігти хворобам, щоб максимально ефективно виконати свою життєву місію.

На цьому й засновано сенс раціональної медицини – індивідуальний, профілактичний підхід, що на цьому етапі стає опонентом стандартизованого підходу.

Протоколи стандартизації лікування піднімуть рівень якості державної допомоги, але недостатньо ефективні вони в суспільстві з низькими матеріально-технічними можливостями, із недостатнім соціокультурним та санітарно-гігієнічним рівнем. На такому рівні зараз знаходиться Україна. Їх важко використати й у практичній лікарській роботі, оскільки не існує узагальненого нешкідливого універсального підходу до людини.

Пропозиції щодо здорового способу життя, харчування носять популярно-декларативний характер, а не науково-практичні рекомендації. Тільки розуміння фізіологічних (природних) механізмів саморегуляції, які відбуваються в організмі, дозволить підібрати індивідуальну профілактику чи профілактично-лікувальні заходи. Це практично не призведе до значних економічних витрат, але допоможе досягти вирішення основних завдань охорони здоров'я: збільшення тривалості життя, зокрема й здорового. Це мінімальна мета завдання. А максимум – об'єднання населення однією теоретично та практично можливою ідеєю, яка зможе вивести Україну в число цивілізаційних лідерів.

Отже, базуючись на основних положеннях «Концепції розвитку системи громадського здоров'я», схваленої від 30 листопада 2016 р. розпорядженням Кабінету Міністрів України № 1002-р, можна зробити практичні висновки:

Ця Концепція визначає систему громадського здоров'я як комплекс інструментів, процедур та заходів, що реалізуються державними та недержавними інституціями для зміцнення здоров'я населення, попередження захворювань, збільшення тривалості активного та працездатного віку й заохочення до здорового способу життя шляхом об'єднання зусиль усього суспільства [1].

1. Система громадського здоров'я як основа профілактичної медицини повинна передбачати основні заходи в сфері охорони здоров'я та бути спрямованою на збереження здоров'я населення й зменшення обсягу витрат на медичне обслуговування. Вирішення проблеми: дібрати індивідуальну профілактику чи профілактично-лікувальні заходи. Це дозволить без значних економічних витрат досягти вирішення основних завдань охорони здоров'я: збільшення тривалості життя, зокрема здорового.

Сьогодні за наших соціально-економічних умов забезпечення фінансування галузі охорони здоров'я на рівні витрат провідних країн світу неможливе, як і тотальна перебудова, високотехнологічне переоснащення й укомплектування всіх установ охорони здоров'я. Єдиний стратегічний вихід у наших реаліях – перехід на індивідуально-профілактичний рівень, що зрештою дасть системний результат. На практиці це працює так: простий приклад США – один долар, вкладений у профілактику, повертається економією 10-ти доларів на лікування й втратою працездатності.

Ці твердження підводять до відповіді на ще одне положення Концепції: запровадження багатосекторального підходу до розв'язання проблем у сфері громадського здоров'я для раціонального використання наявних людських та матеріальних ресурсів.

2. Розв'язання проблем передбачено здійснити шляхом (один із запропонованих у Концепції): перехід від системи тотального контролю до системи стимулювання особистої відповідальності за збереження та зміцнення здоров'я. На законодавчому рівні це може бути реалізовано в обов'язковості профілактичних заходів, комплексних обстежень, діагностичних і за потреби лікувальних заходів, запровадження їх як невід'ємних складових за умови ухвалення обов'язкового медичного страхування впродовж терміну його дії.

3. Раціональна медицина – це не лише перехід на нові рейки системи медичного обслуговування населення, але й потужний інструмент для досягнення поставлених цілей громадського здоров'я.

Для практичного підтвердження наших досліджень наводимо приклад:

– Усереднена вартість комплексу дослідження за європейськими програмами «Check-up" за однією з обраних програм, в умовах Волинської області з урахуванням ринкових коливань цін та інфляції для сім'ї із трьох осіб складає 780 грн. для дорослого та 680 грн. для дитини, разом – **2240 грн.**

Сюди враховано мінімальний набір: інструментальні (УЗД, ЕКГ, функціональна діагностика), лабораторні дослідження, консультація спеціаліста з оцінкою даних та розробкою персональних рекомендацій.

– Виконання рекомендацій може також мати певні матеріальні витрати: у середньому по наших пацієнтах до 1000 грн. на сім'ю.

– Загальні витрати становлять близько 3000-3500 грн. щорічно.

– Підрахунок теоретично можливих витрат:

Пацієнти з групи гастроентерологічного ризику: лікування загострень 2 рази на рік: 400 грн. / 1 людина 1 курс – дорослий; 300 грн. / 1 людина 1 курс – діти; Разом – 2200 грн. медикаменти.

Додаткові обстеження (позапланові): 700 грн. для дорослого та 600 грн. для дитини: 2 курси – 2600 грн.

Втрата працездатності: середній листок непрацездатності 1250 грн. / 1 епізод непрацездатності/ 1 особа. Разом 5000 грн.

Загалом лише економічні втрати становлять 9800 грн.

Окрім цього, не враховано фактор хронізації процесу, який із кожним роком збільшуватиме витрати в геометричній прогресії. У такий спосіб на 1 рік економія складатиме 1:3 (одна гривня в профілактику береже 3 гривні, пов'язані на лікування та непрацездатність), а на 2-й та наступні роки ця пропорція складатиме відповідно 1:4, 1:5 і т. д.

Нагадую, що це лише розрахункові дані, отримані на основі спостереження за невеликою групою сімей із м. Луцька, які здійснювали обстеження та лікування в умовах приватних і комунальних закладів Волинської області, та на основі цін медичних препаратів відповідно до призначень лікарів, максимально наближених до профільних протоколів лікування та діагностики.

Попри це, залишається ще багато недосліджених та неузгоджених питань. Ми закликаємо до плідної співпраці всіх, кому близька ця тематика, до детального і більш ґрунтовного дослідження, як щодо чисельності досліджуваних сімей, так і в розрізі географії – залучення більшого числа адміністративно-територіальних одиниць із урахуванням соціально-економічних показників, стану мережі закладів охорони здоров'я тощо.

Отже, порушена проблема переходить із сфери фундаментальних та прикладних досліджень до ефективного менеджменту в сфері громадського здоров'я.

Література:

1. «Про схвалення Концепції розвитку системи громадського здоров'я» Кабінет міністрів України, розпорядження № 1002-р від 30 листопада 2016 р. [Електронний ресурс] – Режим доступу: https://www.kmu.gov.ua/ua/npas/249618799

Цюх М. Ф., Кощановський А. Ю.

«ПАТОГЕНЕЗ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ. ПОГЛЯД З ПОЗИЦІЙ РАЦІОНАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ»

Гіпертонічна хвороба є однією найважливіших в структурі серцево-судинних захворювань. На сьогодні, вона вважається поліетіологічною. В 95 % – є первинною гіпертензією. По Лангу (1922 р.), гіпертонічна хвороба – це підвищення тиску, що супроводжується хворобливим станом. Водночас, це хвороба, патогенез якої детально розписаний в сучасній літературі, не починається із патанатомічних змін та клітинних проявів. Передує тривалий період артеріальної гіпертензії, про яку не знають або не сприймають більшість пацієнтів.

Артеріальною гіпертензією є компенсаторне підвищення тиску в судинах: артеріях та капілярах, для адекватного забезпечення обміну речовин на клітинному рівні в різних органах та системах організму. При функціональних навантаженнях – збільшуються енергозатрати та зростає потреба у витратних речовинах, як для специфічних функцій клітини, так і для загальних. До них відносяться механізми транспорту, акумуляції енергії, яка зберігається переважно у фосфатних зв'язках мітохондрій (АТФ, креатин-фосфат, ацетил-коензим-А). Необхідні функціональні речовини доставляються до капілярів, де і проходять обмінні процеси. Для забезпечення адекватного метаболізму та відкриття всіх капілярів, збільшується швидкість кровоплину, шляхом скорочення м'язів метаартеріол та прекапілярів. При цьому збільшується опір і підвищується тиск в артеріях та серці. Регуляція обміну речовин шляхом вазоконстрикції та дилятації в капілярах регулюється на місцевому рівні біологічно активними речовинами, що утворюються в ендотелії. Вазоконстриктори: ендотелін І, ангіотензин ІІ, уротензин, простагландин Н2Е2, супероксид аніон. Вазодилятатори: оксид азоту, простациклін, брадикінін, гістамін, ендотелій залежний фактор гіперполяризації.

Оскільки всі процеси в організмі підпорядковуються законам природи, вони проходять з найменшими енергозатратами (по Шредінгеру) в адекватній кількості (ІІІ закон Ньютона), то включаються і нейрогуморальні механізми, переважно констрикторної дії. Енергія в клітинах серцево-судинної системи на 60 % використовується за рахунок ліпідів (50 % з яких – прямо з крові), які доставляються до цілі у вигляді ЛПНЩ, які синтезуються в печінці, і також відіграють важливу роль у формуванні захисних атеросклеротичних бляшок в місцях некрозу судин в судинах.

З часом, внаслідок індивідуальних генетично детермінованих метаболічних особливостей, віку, способу життя та інших факторів – знижуються компенсаторні можливості, наростають деструктивні зміни в ендотелії (ентропія), формується гіпертрофія гладкої мускулатури судин, зміни структури сполучної тканини, ішемія судин в судинах, яка може спричинити некроз. Тобто, функціональні компенсаторні механізми трансформуються в органічні, які можна назвати гіпертонічною хворобою. Така модель патогенезу дозволяє зрозуміти появу хвороби та її ускладнення, переглянути деякі популярні, але науково не доведені формулювання: збої регуляторних механізмів, які лікують фармпрепаратами. Адже це суперечить законам природи про еволюційно сформований і генетично детермінований механізм саморегуляції гомеостазу.

Наукове розуміння процесів, що проходять в організмі, дозволить запобігти розвитку більшості захворювань серцево-судинної системи, інвалідизації, радикально зменшити смертність, збільшити тривалість здорового життя. Як зберігати здоров'я – потрібно навчатись в сім'ї, дошкільних навчальних закладах, школі і т.д. Потрібно лише сформувати план дій, але після переосмислення дефініції «здоров'я» – як стан повного благополуччя на «здоров'я – як потенціал адаптаційно-компенсаційних механізмів».

Швець Т. А.

ТЯГАР НЕІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ – ЗРОСТАЮЧІ ВИКЛИКИ ГРОМАДСЬКОМУ ЗДОРОВ'Ю

Сьогодні світова спільнота переживає справжню епідемію хронічних неінфекційних захворювань (НІЗ), яка є в центрі уваги вчених та практичних лікарів усього світу, пов'язану з нездоровим способом життя, незбалансованим харчуванням, низькою фізичною активністю тощо. Неінфекційні захворювання, зокрема такі як серцево-судинні, онкологічні, ендокринні, щорічно забирають життя 15 мільйонів людей, зумовлюють понад 2/3 загальної захворюваності, в т.ч. близько 86% смертей в Україні. Окрім того, вони призводять до тривалої недієздатності, інвалідизації, зниження добробуту родин і зменшення продуктивності, а також до значного навантаження на систему охорони здоров'я.

Натепер демографічна ситуація в Україні характеризується високими показниками смертності, особливо серед населення працездатного віку, низькими показниками народжуваності. Підсумки, на жаль, невтішні: коротка середня очікувана тривалість життя і зменшення чисельності населення. Слід зауважити, що наші громадяни не звикли проходити регулярні профілактичні медичні огляди, внаслідок чого небезпечні захворювання в них виявляють занадто пізно. НІЗ можна легко запобігти завдяки регулярним перевіркам стану здоров'я, тому необхідно зламати цей стереотип. Треба звернути більше уваги на фізичну активність та здорове харчування, дотримуватися порад лікарів і слідкувати за станом свого організму за допомогою незатратних методів – контролю артеріального тиску, рівня глюкози в крові та ін..

В основі розвитку більшості НІЗ лежать однакові фактори ризику, до яких належать нездоровий спосіб життя, куріння, надмірна маса тіла, нераціональна харчова поведінка, гіподинамія, генетичні порушення та стан навколишнього середовища. При цьому, особливе значення мають соціальні фактори і можливість населення взяти на себе частину відповідальності за своє здоров'я, адже від способу життя залежить 50% здоров'я, від довкілля 20%, спадковості 20% а від медицини лише 10%. Тільки розуміння ролі як генетичних, так і поведінкових факторів ризику НІЗ дає змогу розробляти ефективні індивідуальні та популяційні програми профілактичних заходів, що, в свою чергу, потребує створення дієвої системи охорони громадського здоров'я для запобігання захворюванням і усунення факторів ризику. Це не тільки завдання медичної спільноти, а й найважливіше соціально-економічне завдання держави в цілому. Про це йдеться і в Глобальних Цілях Сталого Розвитку, які були затверджені у 2015 році на Саміті ООН з питань сталого розвитку. В Цілі 3, пункт 3.4 вказуєтсь на необхідність «до 2030 року зменшити на третину передчасну смертність від неінфекційних захворювань за допомогою профілактики і лікування, а також підтримувати психічне здоров'я і благополуччя». Подолання даної проблеми можливе тільки тоді, коли до участі в програмах партнерської співпраці для зміцнення здоров'я і скорочення чи усунення факторів ризику поширення НІЗ будуть залучатися представники державного та недержавного сектору шляхом взаємодопомоги та спільної роботи всіх суспільних структур за принципом «охорона здоров'я в усіх політиках держави».

Ключовою, в даному контексті, є роль і системи освіти оскільки вона охоплює 19%, а враховуючи батьків учнів – 39%, населення України. Водночас, суттєвим фактором захворюваності вважається неправильно організований процес навчання в загальноосвітніх та вищих навчальних закладах, який призводить до зниження рівня здоров'я дітей та молоді за роки навчання. Цей негативний вплив може бути значно зменшений завдяки проведенню профілактичних заходів серед серед різних вікових груп населення.

Наразі, для зменшення впливу НІЗ на суспільне здоров'я МОЗ планує застосувати комплексний підхід, який дасть можливість людям зробити вибір заходів, спрямованих на зміцнення їхнього здоров'я, вимагати від органів місцевого самоврядування прийняття відповідних адекватних рішень. Для цього, насамперед, люди мають отримати знання, навички та правдиву інформацію, наприклад, про продукти

та питну воду, які вони споживають; повітря, яким дихають; водойми, на яких відпочивають; послуги охорони здоров'я, які їм потрібні тощо.

Однією з основних складових усіх профілактичних заходів є промоція здоров'я, пропаганда серед населення знань й установок на здоровий спосіб життя. З цією метою ми приймаємо участь в роботі науково-дослідного центру з «Екології людини та охорони громадського здоров'я» НаУ ОА по напрацьванню та підготовці відповідного профілактичного інструментарію, в т.ч. розробці тренінгових програм для молоді, план-схеми виховних занять, опитувальні анкети та ін.. Також проводимо акції із застосуванням лабораторно-інструментального обладнання по визначенню можливих негативних факторів середовища життєдіяльності людини.

Література:

1. Цілі Глобального розвитку [Електронний ресурс] – http://www.un.org.ua/ua/tsili-rozvytku-tysiacholittia/tsili-staloho-rozvytku.

2. Европейский план действий по укреплению потенциала и услуг общественного здравоохранения /Европейский региональный комитет EUR/RC62/12 Rev.1 Шестьдесят вторая сессия +EUR/RC62/Conf.Doc./6 Rev.2 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/170209/RC62wd12-Rus.pdf.

3. Гущук І.В. Деякі питання розбудови системи громадського здоров'я в Україні /І.В.Гущук.// «Довкілля та здоров'я», №4(80) 2016р. – Київ, 2016- С.75-79 [Електронний ресурс] – http://www.dovkil-zdorov.kiev.ua/env/80-0075.pdf.

Michno J.

WYBRANE ZAGROŻENIA ŁADU SPOŁECZNEGO W XXI WIEKU

Ład społeczny jest stanem ze wszech miar pożądanym, ale jednocześnie trudnym do osiągnięcia. Schyłek XX i początek XXI wieku to okres, w którym tempo i intensywność zmian społecznych sprawiają, iż wszelkie ustanowienia zadowalającego *status quo* są bardzo kruche i krótkotrwałe. Stąd też zapewnienie ładu społecznego, kategorii łączącej się ściśle z potrzebą bezpieczeństwa, lokuje się wysoko w hierarchii funkcji, których spełnienia obywatele oczekują od swojego państwa.

Pojęcie ładu społecznego związane jest również z innymi kategoriami analitycznymi takimi jak integracja i dezintegracja społeczna, czy dewiacja społeczna, patologie społeczne itp. W związku z powyższym, w celu scharakteryzowania zjawisk zagrażających w XXI wieku tak wysoko cenionemu ładowi społecznemu, korzystnym wydaje się sięgniecie po osiągnięcia teorii dewiacji, anomii, dezintegracji, czy kontroli społecznej itp. Wśród naj-częściej wymienianych czynników zagrażających ustalonemu (oczekiwanemu) porządkowi społecznemu wymienia się w nich m.in.: *ruchliwość społeczną (migracje), brak komunikacji, izolację przestrzenną, wielkość populacji, heterogeniczność i złożoność społeczeństw* (zróżnicowanie społeczne), *przestępczość, występowanie licznych subkultur i podgrup, nierówności społeczne, konflikty ról.* Czynniki zagrażające ładowi i bezpieczeństwu społecznemu można rozpatrywać w skali makro oraz mikro. Problematyka bezpieczeństwa społecznego jest zagadnieniem złożonym i niejednorodnym, ponieważ to zjawisko jest badane na gruncie wielu dyscyplin naukowych. W wystąpieniu tym dokonujemy próby odpowiedzi na pytanie, czy bezpieczeństwo społeczne można zaliczyć do kategorii bezpieczeństwa narodowego.

Słowa kluczowe: Teoria bezpieczeństwa, bezpieczeństwo społeczne, ład społeczny.

Urbańska W.

EDUKACJA ZDROWOTNEJ W PRZEDSZKOLU

Niniejszy artykuł został poświęcony edukacji zdrowotnej w przedszkolu. Stan zdrowia warunkuje jakość życia wielu osób, jednak nie każdy wie jak aktywnie wpływać na własny potencjał zdrowotny, tych zdolności powinniśmy się uczyć od najmłodszych lat. Jednym z ważnych zadań przedszkola to edukacja zdrowotna, która za cel postawiła kształtowanie u dzieci nawyku dbałości o własne zdrowie i innych ludzi, a także zdolność tworzenia środowiska sprzyjającego zdrowiu.

Zdrowie to podstawowy element korzystnego procesu wychowawczego dziecka. Dzieciństwo to okres życia dziecka gdzie kształtują się jego zachowania, które dotyczą zdrowia.

W zakres edukacji zdrowotnej wchodzi: wiedza o zdrowiu, umiejętność zapobiegania, a także radzenia sobie w sytuacjach trudnych, wiedza i zdolność korzystania z opieki zdrowotnej, a także wiedza o czynnikach społecznych, środowiskowych i politycznych, które wpływają na zdrowie.

Dzieciństwo jest szczególnie ważnym okresem w życiu każdego człowieka. Już wtedy jest istotne uświadomienie dzieci jaki wpływ na zdrowie mają czynniki zewnętrzne, a także jak ważne jest określenie własnych potrzeb rozwojowych. Nauczyciele mają za zadanie uświadomić dzieciom, które czynniki wpływają na zdrowie pozytywnie, a które negatywnie. Edukacja zdrowotna odgrywa kluczową rolę w procesie wychowania przedszkolnego.

Według B. Wojnarowskiej edukacja zdrowotna to:

- Proces, w którym dzieci uczą się jak dbać o swoje i innych zdrowie.
- Proces dydaktyczno-wychowawczy, w którym dzieci uczą się: jak doskonalić stan swojego zdrowia i innych, albo jak go zachować, jak tworzyć bezpieczne środowisko, które służy zdrowiu, w razie wystąpienia wypadku, choroby, dziecko uczy się aktywnie uczestniczyć w leczeniu (np.: radzić sobie z chorobą, rehabilitacją, zmniejszać skutki tych dolegliwości, które występują).

W wychowaniu zdrowotnym ważną rolę odgrywa środowisko, dom rodzinny, przedszkole, szkoła. Na początku dziecko jest głównie odbiorcą opieki i zabiegów pielęgnacyjnych ze strony rodziców czy innych opiekunów. Dziecko naśladuje zachowania dorosłych, którzy są wzorcami, dzięki nim opanowuje podstawowe zdolności dotyczące higieny osobistej i bezpieczeństwa. Dziecko zaczyna naśladować zachowania rówieśników. Reklamy, telewizja, gry komputerowe wpływają na zachowania dziecka. Tworzenie pozytywnych wzorców, zapewnienie dziecku wykonywania samodzielnych wyborów, korygowania niepoprawnych zachowań, stwarzanie warunków na nauki. Ważne jest rozbudzanie zainteresowania sprawami zdrowia.

Dzieci przyjmują reguły i zasady ustalone przez rodziców i innych dorosłych, ponieważ uważa, że są one niezmienne. Dzieci w wieku przedszkolnym za niekorzystne uważają zachowania żywieniowe np.: jedzenie słodyczy, fast-food, zbyt długie siedzenie w pozycji siedzącej przy komputerze, telefonie czy telewizorze, wywieranie presji na osobach dorosłych, a także brak posłuszeństwa i zachowania agresywne.

Ważne jest przygotowanie dziecka do wykonywania świadomych działań dla własnego i innych zdrowia. Należy dawać dzieciom spójne i zrozumiałe wiadomości o zdrowiu i o zachowaniach z nim związanych. Należy polecać dzieciom do zrobienia niektóre zadania, zachęcać dzieci do współpracy nie tylko z pracownikami przedszkola, a z innymi dorosłymi i rówieśnikami.

K. Żuchelkowa pisze, że proces edukacji zdrowotnej jest bardzo ważny, ponieważ dzieciom powinno się przekazywać wiedzę o zdrowiu, kształtować nawyki, postawy od najmłodszych lat. Autorka charakteryzuje edukacje zdrowotną jako planowy, umyślny, długoterminowy proces, który ma na celu kształtowanie u dzieci wiedzy o zdrowiu, jak zmniejszać zachowania, które mają negatywny wpływ na zdrowie, a także jak doskonalić potencjał zdrowotny.

Ważnym celem edukacji zdrowotnej według W. Gniekowskiego jest zagwarantowanie dziecku wielokierunkowego rozwoju osobowości w warunkach sprzyjających zdrowiu, bezpieczeństwa oraz zapewnienia szczęśliwego dzieciństwa. Spełniając ten cel należy pobudzić procesy rozwojowe. Rozwój motoryki i rozwój

biologiczny także wpływają na zdrowie. Aby przyszła nauka, a także udział dziecka w zajęciach kultury fizycznej był łatwiejszy dziecko powinno być zdrowe, odporne na choroby, zaznacza W. Gniekowski. Określa on również zadania edukacji zdrowotnej: wpajanie nawyków przestrzegania zasad bezpieczeństwa, kształcenie nawyków i postaw zdrowotno-kulturowych, wykształcanie sprawności ruchowej, rozwijanie czynnej postawy w profilaktyce, uświadamianie pozytywnego stosunku wobec lekarza.

Edukacji zdrowotnej ma na celu kształcenie nawyków, czynnej postawy dzieci w stosunku do zdrowia i bezpieczeństwa. W tym kontekście ważnym jest także poszerzanie sprawności ruchowej. Wykonanie założeń będących w zakresie bezpieczeństwa przyczynia się do kształcenia u dzieci jak radzić sobie w różnorodnych sytuacjach zagrażających bezpieczeństwu. W. Gniewkowski podkreśla, że nauczanie dzieci postaw dotyczących poruszania się na terenie przedszkola, a także poza nim np.: na drogach. Dzieci mają zgłaszać nauczycielce jakiekolwiek skaleczenia czy choroby, dolegliwości.

Tematy dotyczące zdrowego odżywiania, zapobieganie chorobom, troski o zdrowie, troski o rozwój psychiczny i kultury osobistej wiążą się z zagadnieniami higieniczno-kulturalnymi. Stwarzając warunki do zabawy i aktywności ruchowej dzieci nauczyciel ma za zadanie zaspokajać wymagania dotyczące indywidualizacji, zaspokajania potrzeb rozwojowych oraz zasadę aktywności. Szczególnie istotne jest zwrócenie uwagi na kształcenie w przedszkolu, na pozytywne relacje dziecka w kontaktach rówieśniczych, a także na proces nauki w placówce. Poprzez zabawę, która jest dla dzieci przyjemnością i jest dostosowana do ich możliwości rozwojowych wychowankowie kształcą postawy, nawyki oraz umiejętności. Treści wychowania zdrowotnego powinny być przystosowane przede wszystkim do wieku i do zainteresowań dziecka. Powinny także być powiązane z codziennym życiem.

Bardzo ważne dla rozwoju dziecka jest przebywanie na świeżym powietrzu, a zadaniem i rolą nauczyciela jest wychodzenie z dziećmi na spacery i kształtowanie nawyków przebywania na dworze. Nauczyciel podczas wyjścia na świeże powietrze ma zwracać uwagę na teren, ubranie dzieci, a także na tematykę zajęć.

Ważnym elementem zdrowia, a tym samym edukacji zdrowotnej jest zdrowie psychiczne, które obejmuje obszary np.: intelektualne, emocjonalne, wartości moralne. Zdrowie psychiczne dzieci łączy się ze: zdrowiem fizycznym – higiena systemu nerwowego i narządów zmysłu oraz z higieną myśli i uczuć. Dzieciom często towarzyszy lęk i strach, który ma wpływ na zdrowie psychiczne. Nauczyciel ma zwracać uwagę na potrzeby i problemy dziecka, a także współpracować z rodzicami.

Badania:

Składniki edukacji zdrowotnej: Edukacja zdrowotna rozumiana jest przez większość badanych jako kształcenie dzieci o zdrowym odżywianiu. Drugim najczęściej wybieranym składnikiem edukacji zdrowotnej było aktywne uczestnictwo dzieci podczas ćwiczeń gimnastycznych i zabaw ruchowych. Edukacja zdrowotna dla więcej niż połowy badanych dotyczy również nauczania o higienie osobistej, o kształceniu o zasadach bezpieczeństwa oraz nauczania o zagadnieniach dotyczących zdrowia. Mniejszość kojarzy edukację zdrowotną z rozwojem psychicznym.

Realizacji edukacji zdrowotnej: Edukacja zdrowotna jest realizowana w przedszkolu głównie przez aktywność fizyczną i regularne spożywanie posiłków. Respondenci na drugim miejscu stawiają na odpowiedni odpoczynek i właściwą ilość snu. Edukacja zdrowotna rzadziej przez respondentów jest realizowana jako badania profilaktyczne i unikanie sytuacji stresowych.

Formy zajęć ruchowych: Najczęstszą formą zajęć wybieraną w przedszkolu przez badanych są ćwiczenia gimnastyczne oraz spacery i wycieczki. Respondenci korzystają również z zajęć rytmicznych oraz zabaw na zewnątrz. Badani najrzadziej wybierali gry sportowe, czyli stawiali na brak rywalizacji u dzieci.

Edukacja zdrowotna jest długotrwałym procesem, który wymaga zaangażowania nie tylko samych uczniów, ale także nauczycieli i rodziców. Skuteczność tego procesu zależy od tego czy dzieci przeniosą to czego się uczą w przedszkolu do swojego codziennego życia.

Bibliografia:

1. Gniękowski W., *Wychowanie zdrowotne, [w.] Podstawy pedagogiki przedszkolnej*, M. Kwiatkowska (red.), Warszawa 1985, WSiP.

2. Woynarowska B., *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2010.

3. Żuchelkowa K., *Edukacja zdrowotna w przedszkolu*, Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz 2013.

Vergolyas M., Konturova S., Rathore D.

ECOTOXICOLOGICAL ASSESSMENT OF NATURAL WATER SAFETY

The problem of water pollution is becoming more acute in most countries of the world, including Ukraine. Changes in environmental factors caused by the growing anthropogenic impact lead to a threatening situation with regard to the survival of living organisms and human health. Therefore, in the complex of measures aimed at preventing the negative health effects associated with factors of the aquatic environment, the assessment of water quality, in particular its safety for humans, should be important [1]. In this regard, the development of effective methods for assessing both the direct and indirect effects of man-made and other pollutants on living organisms is becoming more and more relevant. Anthropogenic changes in aquatic ecosystems can not be reflected in the physiological state of hydrobionts, in particular fish. They are recognized as a convenient test for the object to study the qualitative state of the aquatic environment.

Materials and methods. To study the impact of anthropogenic pollution, water samples were taken from freshwater water of Ukraine: from the Dnipro River (Kyiv city, Hydropark and Bortnichi) and from the Desna River (Khotyanivka village, Vyshgorod district) in May 2017. In all samples of water, electrical conductivity, pH and conducted a chemical analysis on the presence of organic carbon and some inorganic substances. Comparison of the obtained indicators with the norms developed for the assessment of water quality showed that the selected river water samples were characterized by the absence of significant deviations from the normative parameters, except for permanganate oxidation and total organic carbon, the content of which was elevated. This excludes the possibility of influencing the functional state of fish during the experiment of changing the general hydrochemical parameters of investigated samples of water.

As test objects, aquarium fish – *Danio rerio*, grown in aquariums of the laboratory, were used. The studies used blood cells, gills and swimmers. Cytological preparations were prepared and analyzed according to the standard method [2]. At the final stage of the research, analysis and statistical processing of the results were performed using the standard Excel program package. The statistical significance of the correlation of different types of blood cells was estimated by the parametric t-criterion of the Student, the change in the incidence of nuclear anomalies, in the nonparametric φ – Fisher criterion [3, 4].

Research results. The effects of water samples on hematological parameters and cytogenetic stability of erythrocytes and epithelial cells of gill and cauda *Danio rerio* were carried out. At the influence of the studied samples, a tendency towards a decrease in the percentage of lymphocytes was observed (Table 1).

Table 1.

Indicators of leukocyte blood formulas of *Danio rerio* fish, when exposed water samples under investigation (96 hours exposure time)

Leukocyte blood components, (%)	Control n=10	Desna River Khotyanivka village n=10	Kyiv-Hydropark n=10	Dnipro River Kyiv-Bortnichi n=10
Bands neutrophils	1,37±0,19	1,52±0,17	1,44±0,18	1,53±0,17
Segmented nuclei neutrophils	1,53±0,19	2,13±0,22*	2,67±0,22*	2,81±0,22*
Eosinophils	0,26±0,08	0,57±0,12*	0,77±0,13*	0,85±0,14*
Basophils	2,52±0,33	3,37±0,36	7,95±0,43*	7,99±0,42*
Monocytes	4,33±0,32	7,48±0,42*	7,29±0,41*	7,48±0,42*
Lymphocytes	84,91±0,57	79,80±0,64	73,69±0,70*	73,60±0,70*

Note: * – r <0,05 in comparison with the control group.

All investigated water samples led to a significant increase in the percentage of segmental neutrophils almost doubled. Also, there was a significant (r <0,05) increase in the number of eosinophils in variants with investigated water samples, however, the Kyiv-Hydropark and Kyiv-Bortnichi tests caused the greatest growth of this indicator.

It was shown that with the influence of the investigated samples, in comparison with the control, the level of basophils and monocytes was significantly increased. This was most pronounced when testing the «Kyiv-Dnepr» and «Kyiv-Bortnichi» trials, where these indicators almost doubled.

Consequently, the study of the leukocyte blood formula Danio rerio can detect the presence of impurities of indeterminate nature in river water. Our results allow us to state that the samples of the Desna River are relatively less polluted compared to the samples taken from the Dnipro river. these results directly indicate the possibility of using the leukocyte fish formula to determine the degree of contamination of aquatic habitats.

The results of the micronucleus analysis are presented in Table 2. The results indicate the presence of the influence of anthropogenic pollution of river water on the incidence of blood cells with a violation of the genetic apparatus. All investigated water samples significantly ($r<0.01$) increased the proportion of erythrocytes with micronuclei and double nuclei in the blood of experimental fish.

Table 2

Nuclear Violation Frequencies in Different Fabrics of *Danio rerio* Fish,
Under Exposure water samples under investigation (96 hours exposure time)

Indicator		Control n=10	Desna River Khotyanivka village n=10	Kyiv-Hydropark n=10	Dnipro River Kyiv-Bortnichi n=10
Red blood cells	MN	0,33±0,20	0,5±0,25	2±0,50*	2,75±0,58*
	2N	0,67±0,29	1,75±0,46*	3±0,61*	2,25±0,53*
Gill cells	MN	0,92±0,34	1,25±0,39	2,5±0,55*	3,75±0,67*
	2N	1,83±0,47	0,75±0,30	1,25±0,39	2,5±0,55
Swimmers cells	MN	1±0,35	2,75±0,58*	5±0,77*	3±0,61*
	2N	1,33±0,40	1,75±0,46	1,5±0,43	2±0,50

Note: MN is a cell with micro nuclei, 2N is a cell with double nuclei, * – $r<0.05$ compared to the control group.

After incubation, in the samples of river water, the number of epithelial cells of gill cells with microchips and double nuclei significantly increased ($r<0.05$). Among these disorders, cells with micronuclei were more often encountered. Epithelial cells of the swimmer also reacted similarly, and a significant increase in the proportion of cells with microcircuits was observed. To a lesser extent, however, the proportion of cells with dual nuclei also significantly increased. It should be noted that the most pronounced was the genotoxic effect of water samples taken at the treatment facilities of the city of Kyiv from the Dnieper (Bortnichi and Hydropark).

Consequently, anthropogenic pollution of natural waters leads to the weakening of the antioxidant system of hydrobionts, which is accompanied by an increase in the frequency of genetic disorders in the blood cells of fish. It should be noted that blood red blood cells are the most sensitive target for the action of active forms of oxygen. Obviously, ions of heavy metals can catalyze the formation of active forms of oxygen [5], and on the other hand, play the role of inhibitors of certain enzymes of the antioxidant system that protects cells from the effects of oxidative stress [4-6]. In this context, the determination of the number of cells with microchips and double nuclei makes it possible to assess the integral effects of a fairly wide range of pollutants in the aquatic environment on the state of marine and freshwater fish.

From a methodological point of view, hematological parameters and cytological methods for the study of hydrobionts can provide information on the mechanism of toxic effects of factors of anthropogenic pollution of the aquatic environment. Taking into account the growing number of pollutants in river water areas adjacent to regions with a high degree of industrialization, these indicators of fish life can be used for continuous environmental monitoring of natural waters, as well as for assessing the potential toxicological risk of chemicals present in human health for human health.

The results of detecting changes in hematological parameters and the manifestation of abnormal kernels in fish beds under the influence of freshwater contaminants may be extrapolated, to a certain extent, to human health, taking into account the fact that river water is one of the main sources of drinking water supply for the population Ukraine and other European countries. Relatively simple and quick methods of cytological analysis of fish tissues allow assessing the toxicological risk of the presence of anthropogenic freshwater contaminants.

Reference:

1. Prokopov V.O. Hygienic problems of water supply in Ukraine / V.O. Prokopov // Experience and perspectives of scientific support of problems of hygienic science and practice. – Kiev, 2011. – P. 106-132.
2. M. Vergolyas. Sytogenetic assessment of drinking water toxicity / M. Vergolyas // «EUREKA: Life Sciences», 2016. – № 1. – 47-54r.
3. Glants S. Medical and Biological Statistics / Glants S. Per. from english – M .: Practice, 1999. – 459 p.
4. Vergolyas M. R., Trakhtenberg I. M.,. Dmytrukha N. M. Assessment of toxic effects of drinking water from various sources on indicators of rats Vistar immune system / M.R. Vergolyas //. Journal of Education, Health and Sport. – 2016; 6 (9). – R. 855-866. eISSN 2391-8306. DOI
5. M.R. Vergolyas, N.N. Veyalkina, V.V. Goncharuk. Effect of copper ions on the hematological and cytogenetic parameters of freshwater fishes Carassius auratus gibeli / M.R. Vergolyas // Cytology and Genetics 44 (2): 124-128. – 2010 DOI: 10.3103 / S009545271002009X.
6. Vergolyas M.R., Trakhtenberg I.M., Dmitrukha, I.M. Estimation of cytotoxic activity of water from various sources of water supply / M.R. Vergolyas // Journal of Environment and Health. – Kyiv, 2016.

Секційне засідання № 2

«ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я»

Аржаткіна В. І.

ЖИТТЄВИЙ ШЛЯХ ЛЮДИНИ ЯК ПРОБЛЕМА ПСИХОЛОГІЇ

Життєвий шлях людини – перебіг людського життя в часі, послідовні зміни способу життя у зв'язку з розвитком самої людини, зі змінами реальних умов її життєдіяльності. Життєвий шлях людини – це поетапне засвоєння (адекватне чи неадекватне) людиною суспільних зв'язків і відносин, процес, який або визначає розвиток особистості, або призводить до її деградації, зумовлює дійсну чи уявну самореалізацію.

Перше систематичне вивчення закономірностей життєвого шляху було зроблено Ш. Бюлер та її співробітниками у Віденському психологічному інституті у 20-30-ті рр. На великому емпіричному матеріалі нею було встановлено, що, незважаючи на індивідуальне своєрідність, існують закономірності («регулярності») в термінах настання оптимумів життя залежно від співвідношення духовних, «ментальних», і біологічних, «вітальних», тенденцій. Були виявлені також різні типи життєвого розвитку особистості. Ш. Бюлер була розроблена ідеалістична концепція розвитку людини як процесу поступового становлення і зміни духовних цільових структур самосвідомості. Ідеї та емпіричні дослідження Ш. Бюлер сприяли оформленню екзистенціальної психології на Заході [1].

У вітчизняній психології до теми життєвого шляху першими звернулися С. Л. Рубінштейн, Б. Г. Ананьєв. С. Л. Рубінштейн приділив увагу психологічним питань біографії, теоретично розглядаючи питання самосвідомості в «Основах загальної психології». Надалі різні аспекти життєвого шляху, життєдіяльності особистості розроблялися в працях радянських вчених, присвячених природі людини та її розвитку.

Б. Г. Ананьєв [2] обґрунтував проект науки про цілісний розвиток людини в єдиному життєвому циклі. Ця наука за Ананьєвим – онтопсихологія, вона повинна об'єднати в собі вікову психофізіологію, що вивчає онтогенез психофізіологічних функцій мозку й генетичні персонології, спрямовані на вивчення власне особистісної еволюції в процесі життєвого шляху. Предметом онтопсихології є взаємозв'язки, взаємозалежності онтогенезу й життєвого шляху, які визначають головні закономірності цілісного індивідуального розвитку людини. У цієї цілісності Б. Г. Ананьєв чітко розрізняв дві взаємодіючі, але все ж особливі форми. По-перше, онтогенез – розвиток індивіда та його мозку, психофізіологічних функцій. Онтогенез програмується генетично, протікає в біологічному часі життя. По-друге, життєвий шлях, який будується за соціальними проектами в історичному часі, датується історичними та біографічними подіями.

1935 року в «Основах психології» С. Л. Рубінштейн звернувся до проблеми життєвого шляху, критикуючи Шарлотту Бюлер, яка говорила, що особистість у своєму життєвому шляху є тільки проектом того, що закладено в дитинстві. Рубінштейн говорить про те, що життєвий шлях це цілісність, яка в той же час складається з етапів, кожен з яких може стати ключовим в житті особистості. Життєвий шлях за С. Л. Рубінштейном не є сумою життєвих подій, окремих дій, продуктів творчості. Життєвий шлях – це цілісне, безперервне явище; кожна людина, на думку С. Л. Рубінштейна, «має свою власну історію» [3] і «навіть стає особистістю саме тому, що має свою життєву історію!» [4] Для С. Л. Рубінштейна важливо не просто виділити вікові етапи, а врахувати , що кожен етап готує наступний і впливає на нього. Кожен етап має важливезначення на життєвому шляху, але не визначає його з фатальною неминучістю. Центральна проблема особистої життя: чи зможе особистість стати суб'єктом власного життя. Особистість як суб'єкт життя – це ідея про індивідуально-активну людину, яка будує умови життя і своє ставлення до неї [5].

Суб'єктом життя особистість стає в силу здатності вирішувати проблеми, відповідати за вчинки, нести відповідальность у стосунках з іншими людьми. Людина стає суб'єктом життя в тому розумінні, коли виробляє спосіб вирішення життєвих протиріч і усвідомлює свою відповідальність перед людьми за наслідки будь-якого рішення.

К. О. Абульханова-Славська, розвиваючи ідеї С. Л. Рубінштейна, вважає, що вирішення протиріч життя сприяє розвитку особистості. Розв'язання протиріч життя Абульханова-Славська бачить у способах стосунках людей один з одним. Спосіб вирішення життєвих протиріч характеризує соціально-психологічну та особистісну зрілість людини: «Остання проявляється в умінні поєднувати свої індивідуальні особливості, свої статусні, вікові можливості, власні домагання з вимогами суспільства, що оточують. Здатність здійснювати це з'єднання ми визначаємо як життєву стратегію» [6]. К. О. Абульханова-Славська (слідом за С. Л. Рубінштейном) пропонує розглядати життєвий шлях особистості в його цілісності, а стратегія життя повинна полягати в розкритті й з'ясуванні справжніх причин протиріч, а не в уникненні їх шляхом життєвих змін. Термін «життєва стратегія», запропонований К. О. Абульхановою-Славською, це індивідуальна організація, що постійл регулює ходу життя відповідно до цінностей особистості та її індивідуальної спрямованості. Життєва стратегія – це вибір, визначення та реалізація цінностей життя (Абульханова-Славська розглядає моральні й етичні цінності) [7].

Наприкінці зазначимо про подібності й розходження екзистенційної психології та її вітчизняного варіанту, а саме: психології життєвого шляху. Екзистенційна психологія, з притаманною їй проблематикою, усе активніше оволодіває розумами російських психологів. Положення екзистенційної психології та психології життєвого шляху зближуються в наступних основних моментах [8]:

1. У психології життєвого шляху так само, як і в екзистенційній психології, особистість розглядають як суб'єкт, який власними виборами будує індивідуальний життєвий шлях. Методологічна розбіжність психології життєвого шляху з екзистенційною психологією: обсяг свободи, яким наділено особистість як суб'єкт життя. Екзистенційні психологи стверджують про волюнтаризм (свавілля) й індетермінізм вчинків особистості, а в психології життєвого шляху прийнята більш помірна діалектична позиція з цього питання.

2. У психології життєвого шляху так само, як і в екзистенційній психології, психологічні особливості та здібності особистості трактують як похідні від її реальної взаємодії з життєвими обставинами.

3. У психології життєвого шляху так само, як і в екзистенціальній психології, долається розрив між особистістю як суб'єктом, і її життям як об'єктом.

4. У психології життєвого шляху й екзистенційній психології піднімають і вирішують схожі проблеми, але з різних методологічних і теоретичних позицій.

Література:

1. Абульханова-Славская К. А. Стратегия жизни /К.А.Абульханова-Славская. – М.; Мысль,1991. – 299 с.

2. Ананьев Б. Г. Человек как предмет познания / Б. Г. Ананьев. – СПб.: Питер, 2002 – 228 с.

3. Анцыферова Л. И. Личность с позиций динамического подхода / Л. И. Анцыферова // Психология личности в социалистиченском обществе. Личность и ее жизненный путь. – М.: Наука, 1990. – С. 7-17.

5. Дружинин В. Н. Варианты жизни: Очерки экзистенциальной психологии/ В. Н. Дружинин. – М.: ПЕР СЭ; СПб .: ИМАТОН-М, 2000. – 135 с.

6. Карпинский К. В. Психология жизненного пути личности: Учеб. пособие./ К. В. Карпинский – Гродно: ГрГУ, 2002. – 167 с.

7. Логинова Н. А. Развитие личности и ее жизненный путь/ Н. А. Логинова // Принцип развития в психологии. – М.: Наука, 1978. – С. 156-172.

8. Рубинштейн С. Л. Проблемы общей психологии / С. Л. Рубинштейн. – Одеса: Вид. Букаєв В.В., 2009. – 575 с.

9. Рубинштейн С. Л. Человек и мир/ С.Л.Рубинштейн. – М .: Наука, 1997. – 190 с.

Базика Є. Л.

АКТИВІЗАЦІЯ ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНОГО СТАНУ ОСІБ ПЕРЕДПЕНСІЙНОГО ВІКУ

Відчуття повноти життя й щастя виникає в людини, коли вона самореалізується, тобто активно втілює в діяльності свої ідеали й цінності, використовуючи свої таланти й здібності. Понад усе для дорослої людини самоактуалізація пов'язана з професією й суспільним визнанням [3].

Варто зауважити, що наша держава втілює реформування пенсійної системи з метою її «фінансового оздоровлення», це призведе до збільшення необхідного для пенсії страхового стажу (до 35 років) та як наслідок – підвищення терміну виходу на пенсію (65 років). З пролонгацією професійного онтогенезу, насамперед виходить проблема підготовки психологів-консультантів і психотерапевтів, що працюють з особистістю екзістенціально-кризового періоду, а також розробка науковою спільнотою рекомендацій і психопрофілактичних, корекційних заходів. Такі заходи мають допомогти подолати труднощі психологічної адаптації до нововведень, перепрофорієнтації людей, які мають досить багатий професійний досвід і світосприйняття, що склалося.

Наукова і практична значущість цієї проблематики полягає в оптимізації професійного потенціалу людей пізнього зрілого віку, розробок психопрофілактичних заходів для збереження психічного здоров'я задіяних верств населення.

У попередніх роботах ми сформували припущення про те, що, не зважаючи на зниження психофізичних функцій людини, пізній зрілий вік є одним із найбільш продуктивних періодів у творчості людини, інтеграції її психолого-професійного аспекту життєдіяльності. Нами було доведено те, що навіть у віці 50-60 років людина спроможна до перенавчання, сприймання нового досвіду, інновацій, зберігаючи при цьому психічне здоров'я та когнітивні функції. Результати проведеного нами дослідження дають підстави стверджувати, що особи, які мають компоненти «позитивної тріади» психічного здоров'я (позитивна установка на власну особистість, на сприйняття навколишнього середовища, на майбутнє), бачать у пізньому перенавчанні можливість сформувати новий смисловий простір життя, замістити втрачені зв'язки, реалізувати свій професійний потенціал, освоїти нові ролі, вирішити незавершені життєві завдання та успішно завершити професійно-реадаптаційний період. Тобто наявність психічного здоров'я (це такий стан, під час якого людина може реалізувати свій власний потенціал, справлятися зі звичайними життєвими стресами, продуктивно й плідно працювати та робити внесок у життя своєї спільноти) обумовлює успішну професійну реадаптацію людини, навіть в передпенсійному і пенсійному віці, вони сприймають цю ситуацію, як можливість отримання нового досвіду, а значить і схильні до інновацій у своїй професійній діяльності [1].

У попередніх роботах нами були означені перспективи подальшого дослідження: оптимізація інноваційного потенціалу професіонала даного вікового періоду та розробки психопрофілактичних заходів для збереження психічного здоров'я задіяних верств населення [1].

Мета даної публікації полягає в представленні апробованого комплексу психологічної допомоги особам пізнього зрілого віку, спрямованого на активізацію когнітивного та творчого потенціалу з психофізіологічною оптимізацією усіх систем та функцій організму, заснованого на нейропсихологічному підході з елементами психосоматичних технік (ребефінгу).

Комплексна програма **спрямована на** осіб пізнього зрілого віку, які потребують психологічної підтримки у зв'язку зі втратою чи зміною трудової діяльності, у стані професійної стагнації та незатребуваності.

Мета комплексної програми. Створити умови, по-перше, з просвітницького блоку для засвоєння знань з психофізіологічних основ виникнення психосоматозів, когнітивних порушень, загальнотеоретичних та практично орієнтованих знань щодо психосоматичних розладів і психосоматичних захворювань; основних закономірностей прояву психосоматичної симптоматики в поведінці особистості;

психофізіологічних основ походження психосоматичних та когнітивних розладів, соціально-психологічних та індивідуально-психологічних чинників, що впливають на виникнення негативних психоемоційних станів та психогенних реакцій.

По-друге, для активізації в оптантів когнітивного та творчого потенціалу з психофізіологічною оптимізацією усіх систем та функцій організму та запобіганню інволюційних процесів у когнітивної сфері для подовження повноцінного життя і професійного зокрема.

По-третє, ознайомити учасників програми з сучасними психосоматичними та психоневрологічними техніками, що можна використовувати для самодопомоги, з метою закріплення ефекту та психопрофілактики когнітивних дисфункцій і надалі. Розширення адаптаційних можливостей, розвиток комунікативних навичок і формування позитивної самооцінки і оцінки своїх здібностей.

Завдання програми. Надати можливість учасникам програми:

– налагодити психічне здоров'я, подолати екзистенційну кризу, кризу професійної незатребуваності;

– активізувати когнітивний і творчий потенціал;

– оптимізувати усі системи та функції організму для запобігання чи усунення психосоматозів;

– сприяти запобіганню інволюційних процесів у когнітивній сфері для подовження повноцінного життя;

– сформувати вміння з втілення превентивної психопрофілактичної, просвітницької діяльності для запобігання нейропсихологічних, психосоматичних розладів та, як наслідок, підвищення інноваційного потенціалу в оптантів пізнього зрілого віку.

Форми проведення занять. Програма розрахована на три з половиною місяці (з обов'язковим виконанням домашнього завдання та продовження на безтерміновий період елементів програми для підтримки ефекту), та містить три блоки: психолого-просвітницький, безпосередньо психологічна нейрокорекція та ребефінг (модифікація холотропного дихання) для посилення та прискорення ефекту нейрокорекції.

І – просвітницький блок містить 15 міні-лекцій по 40 хвилин з тем розбитих на три блоки: особливості та новоутворення пізнього зрілого віку, можливі кризи; основи психофізіології з нейропсихологією людини та їх особливості в можливі патології в зрілому віці; основи психосоматики та застосування сучасних тілесно-орієнтовних технологій, як засобів самодопомоги.

ІІ – ребефінг (проводився по 30 хвилин 2 рази на тиждень) один раз перед нейрокорекцією, другий – дихання з елементами кататимних переживань, з рекомендацією подальшого продовження самостійно за потребою перед виникненням стресоподібної ситуації чи розпачу (саморебефінг).

Ребефінг перекладається як «переродження», холотропне як «рух до цілісності». І ці техніки справді дозволяють переродитися, стати новою людиною, радісною, гармонійною і цілісною. У пропонованій програмі ми використовували вдосконалений метод, названий Холо-ребефінг, який поєднує найкраще з обох практик, що робить їх найбільш потужними, ефективними і безпечними, та служить підготовкою організму до сприйняття третього блоку занять.

ІІІ – психологічна нейрокорекція містить фізичні вправи, що забезпечують синхронізацію межпівкульної взаємодії, зняття синкинезних і м'язових затискачів. Перехресні рухи рук, пальців, ніг і очей, що активізують пластичність мозолистого тіла, сприяють активізації вестибулярного апарату й лобових часток мозку. Розвиток «відчування» свого тіла сприяє збагаченню й диференціації сенсорної інформації від самого тіла (додаткова аферентація тіла). Відомо, що центром тонкої моторної координації є лобова частка мозку, що відповідає також за внутрішню мову й самоконтроль. Пластичність і сприйнятливість мозкових систем зрілої людини (при адекватному підході до його проблем) неминуче приведуть до збереження, а в деяких випадках і нарощування його психічного та психологічного потенціалу [4]. Також застосовувалася корекція підкіркових утворень для їх оптимізації та синхронізації (базальні ганглії).

Заняття проводилися 1 раз на тиждень по 50 хв., з обов'язковим виконанням загальних фізичним вправ удома кожний день по 15-20 хвилин, бажано зранку після пробудження та для оптимізації підкіркових утворень по 2-3 рази на добу.

Висновки. Представлена нами комплексна програма активізації психофізіологічного стану осіб пізнього зрілого віку є ефективною.

Спеціально підібрані вправи стимулюють мозкові структури на так званому сенсомоторному рівені й тим самим забезпечують психічну та психологічну активізацію людини.

Проведена повторна психодіагностика за вказаними методиками показала поліпшення результатів тестування, та як наслідок психічного здоров'я (позитивна установка на власну особистість; на сприйняття навколишнього середовища; на майбутнє). Тобто проведена нами комплексна психологічна допомога обумовлює успішну професійну реадаптацію людини навіть в передпенсійному й пенсійному віці, оптимізує творчий потенціал та схильність до інновацій у своїй професійній діяльності.

Та все ж ще багато питань залишено не з'ясованими, а саме: яка інтенсивність і динаміка професійного самовизначення на цих етапах професіоналізації; як це співвіднесено з етапами професійного самовтілення особистості; які чинники активізують цей процес і в яких формах професійної поведінки він проявляється. Ці знання потрібні для вирішення комплексу прикладних проблем, пов'язаних з організацією безперервного супроводу й підтримки особистості професіонала, та є перспективами подальших наукових досліджень.

Література:

1. Базика Є.Л. Психічне здоров'я особистості як детермінанта її професійного потенціалу у пізньому зрілому віці/ Є.Л. Базика // Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки».Випуск 1. Том 1. – 2018. – С.32 – 39.

2. Вірна Ж.П. Організація життя позитивної особистості: конструктивна прогностика та професійна успішність/ Ж.П. Вірна// Наука і освіта: наук.-практ. журн. Південноукр. нац. пед. ун ту ім. К. Д. Ушинського. № 9. 2014. – С. 65−71.

3. Життєві домагання. Монографія. – К: Педагогічна думка, 2007. – 456с. /Під керівництвом завідувачки лабораторії соціальної психології особистості, доктора псих., наук, професора, член-кореспондента АПН України Титаренко Т.М.

4. Хомская Е. Д. Нейропсихология / Е. Д. Хомская// 4-е издание. СПб.: Питер, 2005. – 496 с.

Венгрин Н. О., Козяр М. В.

ФОРМУВАННЯ КЛІНІЧНОГО МИСЛЕННЯ В МАЙБУТНІЙ ПРОФЕСІЙНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНИХ ФАХІВЦІВ З МЕТОЮ ЗБЕРЕЖЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я

Сучасний етап реформування системи охорони здоров'я в Україні ставить перед вищою школою нові завдання щодо підготовки медичних фахівців з новим клінічним мисленням задля збереження особистого психічного здоров'я. Майбутній фахівець повинен володіти всіма необхідними компетенціями, які були не властиві для системи охорони здоров'я в Україні до реформування. Реалізацію цих завдань можна забезпечити шляхом формування спеціалістів нового типу, які повинні досконало володіти спеціальністю, мати навики ефективної міжособистісної взаємодії, ділового спілкування, вміти пристосовуватися та продуктивно працювати в нових умовах, використовуючи у своїй діяльності новітні технології та сучасні світові тенденції[5, с.95].

Щоб забезпечити конкурентоспроможність майбутніх фахівців на ринку праці необхідним є перенесення акцентів на розвиваючу функцію освіти , становлення в процесі навчання особистості, його гармонійний , моральний та духовний розвиток, висока психологічна стійкість, готовність до корисної праці. Формування психологічно стійкої особистості відбувається в умовах збереження психічного здоров'я. За визначенням ВООЗ, психічне здоров'я – це стан благополуччя, при якому кожна людина може реалізувати власний потенціал , упоратися із життєвими стресами, продуктивно та плідно працювати, а також робити внесок у життя своєї спільноти. Процеси реалізації власного потенціалу неможливі без мислення, тобто внутрішньої активності особистості, спрямованої на процеси пошуку та відкриття чогось істотно нового [1, с. 10]. Тому основним завданням вищої школи є не лише безперервне накопичення знань , але і вміння правильно оцінювати та порівнювати результати різних досліджень, на яких базується клінічне мислення.

Термін «клінічне мислення» вживається досить часто , однак він немає загальноприйнятого визначення і нерідко трактується досить широко в залежності від контексту; він може мати клінічний , логічний, дидактичний , етичний чи інші сенси.

Під поняттям «клінічне мислення» розуміють процес інтелектуальної обробки інформації про пацієнта, здатність медичного працівника до розуміння клінічної ситуації, а також вміння грамотно спланувати та здійснити лікувально – профілактичні заходи, залежно від конкретного випадку[3, с.17].

Соціально – економічні зміни у суспільстві гальмують становлення професійно – орієнтованої особистості, здатної до клінічного мислення, що проявляється у невмінні критично аналізувати свої професійні кроки, призводить до тривалих стресових станів та нездатності ефективної міжособистісної взаємодії, що в результаті призводить до згубного впливу на психічне здоров'я особистості і відповідно меншої кількості компетентних фахівців.

Шляхами формування позитивного клінічного мислення у майбутніх медичних фахівців виступають : створення сприятливого навчального середовища, максимально наближеного до професійного; духовна взаємодія учасників освітнього процесу; творча атмосфера, заохочення творчого підходу до вирішення проблем та нових ідей і думок; створення ситуацій для полеміки, дискусій, професійного творчого діалогу[4,с.273].

З метою збереження психічного здоров'я важливо розвивати творчо – духовний потенціал у майбутнього медичного працівника в процесі професійної підготовки, визначення факторів , що впливають на цей процес: навчити творчо мислити, аналізувати, прогнозувати, дискутувати, чітко висловлювати та доводити свої погляди, шукати найоптимальніші шляхи для вирішення проблем [2, с.321] . Адже студентське середовище відноситься до того, в якому наявні підвищенні вимоги та перевантаження різного характеру . Саме в цей період формується майбутній професіонал, стан психічного здоров'я якого безпосередньо впливає на ефективність діяльності та стиль життя в цілому.

Література:

1. Брушлинський А.В. Мышление и общение / А.В. Брушлинский . – М.: Наука, 1999. – 128 с.

2. Костюк Г. С. Учебно – воспитательный процесс и психическое развитие личности /Г. С. Костюк. – М. : Просвещение, 1998. – 600 с.

3. Лемешев А. Ф. Клінічне мислення / А. Ф. Лемешев. – Мн. : Мед. Література, 2008. – 240 с.

4. Московко Г. С. Розвиток клінічного мислення у студентів вищих навчальних закладів, як когнітивна складова професійної компетентності / Г. С. Московко // Буковинський медичний вісник. – 2016. – Т. 20, № 2 (78). – С. 271–274.

5. Norman G. R. Diagnostic error and clinical reasoning / G. R. Norman, K. W. Eva // Medical Education. – 2010. – Vol. 44 (1). – P. 94–100.

Гандзілевська Г. Б., Дацко М. І.

ДУХОВНО-МОРАЛЬНІ ЦІННОСТІ УКРАЇНСЬКОЇ ПИСЬМЕННИЦІ-ЕМІГРАНТКИ Л. БОГУСЛАВЕЦЬ ЯК РЕСУРС ЇЇ ЖИТТЄВОГО ШЛЯХУ

Актуальність дослідження питань, пов'язаних із пошуком ресурсу життєвого шляху особистості – власних сильних сторін людини та можливостей навколишнього світу, доступні їй на певний момент життя (М.Гасюк, О.Гринів) [2] – підсилюються у зв'язку із кризовою ситуацією в країні. Вагомого значення у вирішенні важких життєвих випробувань, з якими зіткнулись сучасні українці, мають установки та переконання, що спонукають діяти згідно своїх ціннісних орієнтацій. А тому вивчення змістовної наповненості цінностей, які формуються під впливом родинно-сімейних поглядів, як ресурс життєвого шляху, є пріоритетним завданням академічної і практичної психології. Дослідження шляхів продуктивної взаємодії людини зі світом все частіше науковці здійснюють крізь призму аналізу індивідуальної історії особистості, її життєвого шляху. Пошуки ресурсних можливостей сучасності націлили наше дослідження на психологічне осмислення історичного минулого, зокрема духовно-моральних цінностей як ресурсу життєвого шляху члена Спілки письменників України, члена літературно-мистецького клубу ім. В. Симоненка, лауреата літературної премії «Тріумф», доньки відомого письменника, активного діяча української діаспори в Австралії, редактора альманаху «Новий обрій» Дмитра Нитченка (Чуба) Лесі Богуславець (Ткач), що і стало *метою* нашого дослідження.

Так, за допомогою психолого-біографічного аналізу життєвого шляху письменниці було прослідковано, що життєвий ресурс формувався у моменти інтенсивних переживань на двох рівнях: особистому (як інтроектовані смисли цінностей родинного життя) й особистісному (як власні смисли, переконання). Своєю чергою це підкреслює вагому роль усвідомлення особистістю власних переконань щодо себе і світу в цілому (життєвої позиції). Життєва позиція письменниці відображає духовно-моральні цінності її родини та в перспективі сприяє протистоянню асиміляційним процесам, збереженню національної ідентичності [3]. Отримані результати підтверджують контент-аналіз збірки оповідань Лесі Богуславець «Чужина, чужина» [4], здійснений у попередніх дослідженнях для виокремлення базових сімейних цінностей письменниці [5]. Так, у ієрархії духовно-моральні цінностей, які, як виділена категорія, займають 7% від усього тексту (це 3439 слів з 49578), найбільш вираженими є такі цінності як патріотизм (1,90%), звичаї та традиції (1,55%), піклування про дітей (1,14%), подружнє взаєморозуміння та вірність – 0,80%, здоров'я членів сім'ї (0,60%), пошана до батьків (0,50%) та гостинність (0,49%). Разом з тим, оповідання Л.Богуславець відображають яскраво виражені духовно-моральні цінності, які займають одне із центральних місць у житті інших сімей українських емігрантів Австралії, про що засвідчено у працях П.Ангелуци [6].

Відмітимо, що наша увага була сконцентрована на цінностях письменниці, що транслювались її родиною як ресурс подолання кризових періодів життя. Приватне листування із письменницею підтверджує, що базовою цінністю для неї є збереження міцності родини: *«Я вірю в те, що коли діти між собою будуть дружні то багато чого можна подолати. Багато, але звичайно не все...».* Разом з тим письменниця наголошує і на тому, що на становлення цінностей у її родині впливали такі соціально-демографічні фактори як війна, постійні переїзди, еміграція, зміна культурного та соціального середовища, адаптація тощо. Проте, саме на час, коли було так багато негараздів ззовні, внутрішньо її сім'я була міцною та згуртованою. Пріорітетною цінністю Л.Богуславець на сьогоднішній день є збереження традицій родини: «*Вся родина намагається зібратись разом на свята та належно відсвяткувати у теплому, великому, родинному колі*».

Отже, на прикладі психологічного аналізу життя та творчої спадщини Л.Богуславець крізь призму формування ресурсних життєвих орієнтирів прослідковано, що серед духовно-моральних цінностей, що транслювалися родиною із покоління в покоління, найвагоміше значення у цьому процесі має збе-

реження традицій рідного народу, яке забезпечує сімейна підтримка. Своєю чергою, родина Нитченків, яка зберегла єдність, морально-духовні цінності та патріотичний дух у своїй сім'ї, може слугувати добрим прикладом у контексті подолання життєвих випробувань.

Література:

1. Гасюк М. Б. Стратегії реалізації життєвого шляху особистості в ранній дорослості / Мирослава Гасюк,Оксана Гринів // Актуальні проблеми психології: Психологія особистості : Психологічна допомога особистості / за ред. С. Д. Максименка ; Ін-т психології імені Г. С. Костюка АПН України. – К., 2013. –Т. 11, вип. 7. – С. 207–214.

2. Gandzilevska G., Shyriaieva T. The peculiarities of national identity of australian ukrainians in the works of l. Bohuslavets. / Galyna Gandzilevska, Tetiana Shyriaieva // Problems of Psychology in the 21st Century. –Scientia Socialis Lithuania, 2014 – Vol.8, №1.-P.16–25. ICID: 1100542: http://oaji.net/articles/444-1403293468.pdf

3. Богуславець Л. Чужина, Чужина. Оповідання. – К.: Ярославів Вал, 2009 – 208с.

4. Дацко М. Психологічний анліз сімейних цінностей Л.Богуславець у контексті соціально-демографічних страхів // Українська діаспора: проблеми дослідження : тези доповідей Міжнародної наукової конференції, 27–28 вересня 2016 р., м. Острог / Міністерство освіти і науки України, Національний університет «Острозька академія», Українське історичне товариство. – Острог : Видавництво Національного університету «Острозька академія», 2016. – С.279-281

5. Ангелуца П. Австралія надзвичайна. – Австралія, 2001. – 311 с. Режим доступу: http://www.redcliffedoctor.com.au/Book/UKR/Output/TOC.html

Гільман А. Ю.

СТАВЛЕННЯ ОСІБ ЗРІЛОГО ВІКУ ДО ВЛАСНОГО ЗДОРОВ'Я

Здоров'я є одним з головних компонентів людського капіталу і, в сукупності з рядом інших факторів, визначає не лише можливості окремого індивіда, але й потенціал країни, становить основу її економічного та духовного розвитку [2]. Протягом останніх десятиріч в Україні фіксується значне погіршення стану здоров'я населення, що відображається у зростанні рівня захворюваності, смертності та скороченні тривалості життя. Негативні тенденції щодо погіршення стану здоров'я фіксуються як серед молоді, так і в зрілому віці. Науковці по всьому світі (Toshihiko Maruta, Peter Norvid, Ken Budd, Deirdre A. Robertson, Rose Anne Kenny, Chris Woolston, В. Мельник, М. Амосов, Г. Голобородько, М. Кобринський, С. Лапаєнко, Г. Ложкін, І. Коцан, М. Мушкевич та ін.) [2,8,9,10,11 та ін.] достатньо довго досліджують здоров'я людини та оцінюють фактори, які мають вплив на здоров'я, зокрема, вплив соціального життя, навколишнього середовища та технологічного розвитку. Однак окремим чинником, який відображається на стані здоров'я людини — це ставлення до власного здоров'я, наскільки важливим є прийняття факту, що потрібно докладати зусиль для підтримки здорового тонусу організму та психологічної рівноваги людини[2, 8]. В дорослому віці звички, принципи та установки вже давно сформовані й активно впливають на подальше життя людини. Однак ставлення до себе й свого здоров'я залежить від вибору людини та її сприйняття, від способу її мислення про це.

З метою вивчення особливостей ставлення до власного здоров'я зрілого віку ми розробили анкету, яка передбачала запитання щодо частоти захорюваності респондента, випадків звернення за допомогою до лікаря або психолога, оцінки власного здоров'я, способів турботливого ставлення до себе та свого здоров'я.

До вибірки (74 особи) увійшли: соціальні працівники, медичні сестри, фельдшери, фінансисти, юристи, косметологи, інженери Рівненської обл. Серед них: 58 % жінок та 42 % чоловіків віком від 40 до 51 року.

За результатами розробленої анкети було з'ясовано, що особи дорослого (зрілого) віку:

– *хворіють* 1 раз в рік (52 % осіб), 2-3 рази в рік (21 %), 1 раз в 3 місяці (18 %), дуже рідко (9 %);

– *звертаються за допомогою до лікаря:*

1) відразу, коли з'являється певний симптом болю, нездужання (6 %) ;

2) коли самолікування не допомагає і сам/сама не можу дати собі ради із проявом симптому або хвороби (27 %);

3) до лікаря звертають у крайньому випадку (59 %);

4) лікуюсь завжди самостійно (8 %);

– *звертаються до фахівця з приводу психологічних проблем:*

29 % опитаних;

– *звертаються за допомогою до психолога у випадках:*

1) коли самостійно не міг / не могла справитись зі своїми проблемами / переживаннями (11 %);

2) коли лікаря безсилі у лікування (21 %);

3) я ніколи не звертаюсь за допомогою до психолога (39 %);

4) я не думаю, що психолог може допомогти вирішити мою проблему (29 %);

– *оцінили своє здоров'я за 5 бальною шкалою, де 5 – показник відмінного здоров'я:* добре (36 %), задовільне (31 %), погане (33%);

– *піклуються про своє здоров'я завдяки:* спорту (14 %), здоровому харчуванню (16%), бережливому ставленні до себе й турботі про себе (тепло одягнутись, вчасно пообідати, звертати увагу на симптоми, болі/лікуватусь при необхідності і т.п.) (43 %), усе перераховане: спорт, здоровий раціон, турбота про себе і т.п. (27 %)

Тобто, за результатами анкетування видно, що особи зрілого віку не завжди пілкуються про власне здоров'я, звертаються за допомогою до фахівця у крайньому випадку, часто займаються самолікуванням тощо.

У своїй праці Г.В. Ложкін, О.В. Носкова, І.В. Толкунова виділяють міфи, якими оперують сучасні люди в дорослому віці [12, 28]:

1. Біоенергетичний: усі мої хвороби від того, що хтось – вампіризує, – висмоктує життєву енергію.

2. Магічний: усі мої хвороби від того, що хтось – навів порчу, – наврочив.

3. Сакральний (християнський): усі мої хвороби за мої гріхи.

4. Кармічний: усі мої хвороби за мої гріхи в минулому житті, або – несу карму своєї грішної бабусі.

5. Астрологічний: усі мої хвороби через те, що – так невдало розмістилися зірки наді мною.

6. Психоаналітичний:

− усі мої хвороби через невдалі відносини між мною і моїми батьками (З. Фрейд);

− усі мої хвороби через родову травму (О. Ранк),

− усі мої хвороби через невдале походження – пренатальних матриць (С. Гроф);

− усі мої хвороби через інграм (записані у несвідомій пам'яті моменти болю і дійсної або удаваної погрози виживанню) (Р. Хаббард);

− усі мої хвороби через погану психічну спадковість (психогенетика − Ч. Тойч).

7. Соціоцентричний: усі мої хвороби від того, що я уже виконав свою місію на цій землі.

Ми вирішили перевірити наявність таких міфів серед дорослих осіб нашої вибірки і виявили такі результати:

при наявності проблем зі здоров'ям, у респондентів виникають думки з цього приводу:

1) усі мої хвороби від того, що хтось «вампіризує», висмоктує життєву енергію (9%);

2) усі мої хвороби від того, що хтось навів порчу, наврочив (12 %);

3) усі мої хвороби за мої гріхи (22 %);

4) усі мої хвороби за мої гріхи в минулому житті, або несуть карму своєї грішної бабусі (7 %);

5) усі мої хвороби через те, що так невдало розмістилися зірки наді мною (6%);

6) усі мої хвороби через невдалі відносини між мною і моїми батьками

− усі мої хвороби через родову травму (1%);

− усі мої хвороби через погану психічну спадковість (9%);

7) усі мої хвороби від того, що я уже виконав свою місію на цій землі (0%).

Серед власних варіантів (34 %) опитаних осіб виявлені переважно адекватні оцінки можливості виникнення хвороби й такі думки щодо її появи у них: *хвороба виникла через необережне, недбайливе ставлення до себе* (саме тому з'явилась простуда, поганий зір, депресія тощо), *самозвинувачення себе у прояві симптому або захворювання* (супроводжуючи це думками: «сам винен», «якби змалку гляділа себе, то зараз не мала б проблем зі спиною», «треба було менше роздягнутою ганяти по вулиці, то не вхопила б ангіни» і т.п.).

Тобто, бачимо, що міфи все ж присутні, однак тішить те, що, хоча б частина респондентів адекватно ставиться до причин виникнення своїх хвороб чи нездужань.

Ставлення до здоров'я відповідно до базових концепцій психології здоров'я включає навчання людини – «розшифровці» психосоматичного стану, вміння керувати ним у рамках припустимого і корисного [2]. Йдеться про необхідність знань щодо своїх сильних та слабких сторін адаптаційно-компенсаторних реакцій, адекватної оцінки справжнього рівня фізичних і психічних можливостей, що в результаті дає змогу бути господарем свого життя та здоров'я, перебуваючи у процесі активної життєдіяльності [2].

Фізичний стан людини впливає на емоційний стереотип поведінки, сформований у особистості емоційний стереотип поведінки накладає відбиток на переживання фізичного стану [2]. Тому, на нашу думку, діагностика загальних фізичних нездужань осіб зрілого віку, їх емоційна інтерпретація стану здоров'я допоможе нам скласти загальну картину ставлення до власного здоров'я та наявність психосоматичних скарг. Для вивчення інтенсивності емоційно забарвлених скарг респондента щодо його фізичного самопочуття ми застосували *Гісенський опитувальник психосоматичних скарг.* Діагностику за допомогою опитувальника здійснюють за шкалами: 1) «виснаження»; 2) «шлункові скарги»; 3) «болі в різних ділянках тіла» або травматичний фактор»; 4) «серцеві скарги»; 5) інтенсивність скарг.

За результатами діагностики виявлено високі значення інтенсивності емоційно забарвлених психосоматичних скарг осіб зрілого віку, зокрема, за шкалами: «виснаження» (23%), «біль у різних частинах тіла» (12%), «шлункові скарги» (4%) та «серцеві скарги» (11%). Загальний показник інтенсивності скарг становить 50%. Під час бесіди за результатами діагностики респонденти переважно не звертають уваги на свої симптоми (28%), прислухаються до свого тіла, виражених скарг (31 %), ідуть до лікаря, психосоматичному аналізу не довіряють (21%), ігнорують болі різного роду (поколювання, стискання, тремор, посіпування), особливо звертають увагу на болі та симптоми, якщо вони вторинні або часто повторювані (20 %).

За результатами проведеного емпіричного дослідження можна зробити висновок, що існує вікова динаміка значущості здоров'я, однак люди зрілого не завжди бережливо ставляться до свого здоров'я. Вони затягують розвиток фізичних або психологічних процесів, не звертаються вчасно за допомогою до фахівця (що, ймовірно, не прийнято у нашій культурі через переживання туги чи страху і т.п. звертатись до психолога, або, якщо є певні симптоми поколювання, болю – відразу звертатись до лікаря), що своєю чергою може провокувати прогресування хвороби або виникнення несприятливого психічного стану. Результати ретельного самолікування осіб зрілого віку вказують на недовіру до лікарів, про що свідчать також результати бесіди (53 % опитаних зазначили, що не довіряють належній підготовці фахівця допомогаючих професій, зокрема сучасному лікарю, мовляв «лише одиниці лікарів справді наділені Божим даром лікувати»).

Як видно за результатами дослідження, слід проводити профорієнтаційні заходи щодо бережливого ставлення до власного здоров'я з метою навчити прислухатись до симптомів та скарг, соматичних проявів та сигналів тіла, які допоможуть зробити загальні висновки про стан здоров'я та зарадити собі ще до приїзду медичного працівника; не займатись самолікуванням, яке часто може тільки зашкодити, а звертатись за допомогою до відповідно фахівця не залежно від природи скарги (фізичної чи психологічної); проводити психологічні семінари з окремими групами осіб щодо виявлення причин схильності до самолікування, опорів, що пов'язані з нехтуванням своїм здоров'ям, відмовою від допомоги лікаря або психолога і т.д.

Література

1. Амосов Н. Алгоритм здоровья/ Энциклопедия Амосова. – Донецк: АСТ, Сталкер. – 2002. – 590 С.

2. Коцан І., Ложкін Г., Мушкевич М. Психологія здоров'я людини / Підручник. Луцьк. – 2011. – 426 с.

3. Фролова Ю.Г. Самоконтроль и здоровье человека / Ю. Г. Фролова // Вестник Белорусского ун-та. Сер. 3. – 2000. – № 1. – С. 50 – 55.

4. Шульте Д. Психическое здоровье, психическая болезнь, психическое расстройство / Д. Шульте // Клиническая психология / Под ред. М.Перре, У.Бауманна. – СПб. (и др.) : Питер, 2002. – С. 49 – 65.

5. Чарлтон Э. Основные принципы обучения здоровому образу жизни / Э. Чарлтон // Вопросы психологии.−1997. – № 2. – С. 3-14.

6. Юдин Б. Г. Здоровье: факт, норма и ценность / Б. Г. Юдин // Мир психологии. – 2000. – № 1 (21). – С. 54 – 68.

7. Яньшин П.В. Практикум по клинической психологии: Методы исследования личности / П.В.Яньшин. – СПб. : Питер: Питер-принт, 2004: ГП Техн. кн. – 331 с.

8. Wichowski H.C., Kubsch S.M. The relationship of self-perception of illness and compliance with health care regimens / H.C. Wichowski, S.M. Kubsch // Journal Adv. Nursing. – 1997. – Mar., 25 (3). – P. 548 – 553.

9. Taylor S. E. Health Psychology / S. E. Taylor . − New York : McGraw-Hill, 1991. – Vol. 2. − P. 5.

10. Medical downgrading, self-perception of health, and psychological symptoms in the British Armed Forces / R.J.Rona**,** R.Hooper**,** N.Greenberg and etc. **//** Occupational and Environmental Medicine. – 2006. – № 63. – P. 250 – 254.

11. Goodwin R., Engstrom G. Personality and the perception of health in the general population / R. Goodwin, G. Engstrom // Psychological Medicine. – 2002. – № 32. – P. 325 – 332.

Гільман А. Ю., Загородній С. М., Защик Н. С.

РЕЖИМИ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ ЯК ДЕТЕРМІНАНТИ ПОРУШЕНЬ ПСИХІКИ ТА ПОВЕДІНКИ У СІЛЬСЬКОГО НАСЕЛЕННЯ

Психічне здоров'я та психічне благополуччя є найважливішими складовими високого рівня якості життя, які дозволяють людині вважати своє життя повноцінним та значущим, бути активним і творчим членом суспільства. Високий рівень психічного здоров'я населення є важливим фактором соціальної єдності, продуктивної праці, суспільного спокою та стабільності оточуючого середовища [1; 2]. Психічне, фізичне та соціальне здоров'я є важливими складовими життя, які тісно пов'язані між собою та залежать один від одного. Їх взаємозв'язок свідчить, що психічне здоров'я є надзвичайно важливим для загального благополуччя окремих осіб, громад та країни в цілому [3; 9].

За даними ВООЗ [2], психічні та поведінкові розлади є надзвичайно поширеними і вражають до 25 % всіх людей у певні періоди їхнього життя. Згідно з показником DALI [4], до 2020 року тягар розладів психіки та поведінки досягне 15 % від усіх хвороб.

В Україні на розклади психіки та поведінки страждає близько 250 осіб на 100 тис. населення, що є одним із найвищих рівнів серед країн Європи [6-8].

Мета роботи: вивчити та проаналізуватти режими життєдіяльності як детермінанти порушень психіки та поведінки у сільського населення.

Матеріали та методи: статистичний – дані галузевої статистики Рівненької області за 2010-2013 рр. та соціологічний – за спеціально розробленою анкетою (вибірка – 1200 сільських жителів області). Отримані результати підлягали статистичній обробці з використанням програм Statistika 6.0 та MX Excel.

Результати дослідження. Важливе значення в розвитку порушень психіки та поведінки має режим життєдіяльності. Нами було вивчено та проведено порівняння частоти виникнення первинних випадків розладів психіки та поведінки серед дорослого сільського населення з різним рівнем психологічного навантаження протягом дня.

Порівняльна оцінка частоти первинних розладів психіки та поведінки серед дорослого сільського населення залежно від рівня навантаження режиму дня показала виразну залежність як показників виникнення первинних випадків розладів психіки та поведінки, так і коефіцієнта кореляції, від ступеня навантаження режиму дня населення.

Режим сну, при якому людина систематично лягає спати після півночі та піднімається не пізніше 5-5,5 години ранку, виступає виразним фактором ризику розвитку розладів психіки та поведінки. Частота виникнення первинних випадків розладів психіки та поведінки при напруженому робочому режимі у 7,07 разів вища, ніж при вільному режимі дня. Безсоння є причиною високого рівня первинних випадків психічних розладів (45,3 +-3,2 на 100000 населення) при прямому сильному кореляційному зв'язку. І навпаки відсутність безсоння виступає в ролі фактору, який забезпечує збереження психічного здоров'я. Тривалість нічного сну 8-9 годин є оптимальною і виступає як провідний фактор антиризику розвитку порушень психіки та поведінки та фактор збереження психічного здоров'я населення.

Висновки. Результати дослідження вказують на те, що певні режими життєдіяльності сільського дорослого населення можуть стати детермінантами порушення психіки та поведінки. До таких режимів життєдіяльності віднесені напружений та високо напружений режим дня з тривалістю активної частини робочого дня 9-10 годин, завантаженістю робочого часу на 80-90 %; систематично пасивний фізичний відпочинок – читання літератури, перегляд телепередач, прослуховування радіо; відхід до сну після півночі та раннє (біля 5 години) пробудження; часте або постійне безсоння; тривалість нічного сну переважно 4,5-5 годин.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням впливу способу життя сільського населення на розвиток порушень психіки та поведінки.

Література:

1. Загородній С.М. Характеристика саморуйнівної поведінки населення України / С.М. Загородній, В.М. Якимець // Україна. Здоров'я нації. – 2010. – № 2 – С. 35-39.

2. Знаменська М. В. Всесвітня організація охорони здоров'я // Енциклопедія історії України : у 10 т. / редкол.: В. А. Смолій (голова) та ін. ; Інститут історії України НАН України. – К.: Наукова думка, 2003. – Т. 1 : А – В. – С. 648.

3. Охрана психического здоровья в мире / Р. Дежарле, Л. Айзенберг, Б. Гуд, А. Кляйнман. – К., 2001. – 576 с.

4. Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда: [доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2001 г.]. – Женева: ВООЗ, 2001.- 167 с.

5. Психічне здоров'я населення Україн: [інформ.-аналіт. огляд за 1990-2005 рр.]. – К., 2006. – 52с.

6. Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2008 рік / за ред. В.М. Князевича; МОЗ України,УІСД. – К., 2009. – 384 с.

7. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію. 2009 рік / за ред. З.М. Митника. – К., 2010. – 447 с.

8. Юрьев Е. Системы психиатрической помощи: возможные модели управления и реформирования / Е. Юрьев // Вестн. ас. Психиатров Украины. – 2003. – № 1-2. – С. 124-138.

Заікіна Г. Л.

ОСОБЛИВОСТІ ПІЗНАВАЛЬНОГО СТАТУСУ УЧНІВ В УМОВАХ ІНФОРМАЦІЙНИХ НАВАНТАЖЕНЬ

В умовах стрімкої інформатизації суспільства, зокрема, і сфери освіти, сучасна школа вимагає від школярів високого рівня розвитку пізнавальних властивостей та функцій для засвоєння інформації на фоні інтенсифікації навчального процесу [1].

Успішність формування шкільних вмінь та навичок визначає, насамперед, дозрівання та ступінь збереженості аналізаторних систем, а також повноцінний психічний розвиток школярів [2, 3] (Лизогуб, 2000; Макаренко, 2000 – 2002). Сучасна загальна середня освіта, згідно з Законом України «Про загальну середню освіту», представляє цілеспрямований процес оволодіння систематизованими знаннями засобами пізнавальної та практичної діяльності. Отож, однією з основ освіти і трудової діяльності є розвиток процесів пізнавальної сфери, які разом з властивостями нервової системи можуть визначати пізнавальний статус (ПС) школяра.

На сьогодні, відсутні чітко розроблені підходи до вивчення цієї проблеми та критерії оцінки ПС учнів, який визначає успішність навчання. Вирішення цього питання дозволить розв'язати такі практичні задачі, як діагностику пізнавальних процесів на ранніх етапах навчання, розробку методів особистісної орієнтовної освіти та психофізіологічної корекції школярів, що і визначає актуальність дослідження.

Актуальним залишається і питання стимуляції як розвитку пізнавальної сфери школярів з недостатніми рівнями розвитку пізнавальних процесів, і пізнавальної їх активності у цілому в умовах навчально-виховного процесу.

Метою дослідження було вивчити психофізіологічні та психологічні особливості пізнавальної сфери учнів в умовах інформаційних навантажень різної інтенсивності.

Матеріали та методи. У дослідженні прийняли участь учні 12-15 років гімназії м. Суми, які склали основну групу (ОГ), а також учні відповідного віку загальноосвітніх шкіл м. Суми, що склали групу порівняння (ГП). Ефективність навчання кожного учня оцінена за середнім балом успішності, виведеним з усіх навчальних предметів. Для встановлення ПС були проаналізовані такі процеси: слухова оперативна та зорова пам'яті, увага, гнучкість мислення, наочно-образне мислення, словесно-логічне (понятійне) мислення.

Результати та обговорення результатів. Згідно з отриманими даними, ефективність навчання у цілому є вірогідно вищою в учнів ОГ на відміну від учнів ГП (8,60±0,12 та 6,15±0,14 – у хлопців, (p<0,01) та 9,48±0,1 і 7,55±0,2 (p<0,01) – у дівчат відповідно), що можна пояснити високою мотивацією до навчальної діяльності та попереднім відбором гімназистів у класи з профільним навчанням в цілому, пізнавальні функції, особливо мисленнєві процеси, краще розвинені у дівчат, ніж у хлопців. Імовірно, ця особливість дає змогу дівчатам успішно використовувати різні способи сприйняття і мислення, адаптуватися до умов навчального середовища, що забезпечується високою гнучкістю мислення, та мати вищу успішність навчання у порівнянні з хлопцями.

Отримані показники пізнавальних властивостей кожного учня були оброблені за допомогою запропонованої формули та згруповані за трьома рівнями пізнавального статусу.

У ході дослідження було визначено, що 10,7% учнів ОГ та 22,3% учнів ГП мають низький ПС; у діапазоні середніх величин знаходяться результати 51,9% та 53,4% учнів ОГ та ГП відповідно; статус 37,4% гімназистів та 24,3% школярів характеризується найвищими показниками.

Підтвердженням цього є прямі кореляційні зв'язки, які отримані між середнім балом успішності, що відображає ефективність навчання, та показниками пізнавальних властивостей: обсягом оперативної слухової пам'яті (r=0,36; p<0,05), обсягом зорової пам'яті (r=0,35; p<0,05), обсягом уваги (r=0,35;

$p<0,05$), рівнями розвитку понятійного мислення ($r=0,43$; $p<0,01$), гнучкості мислення ($r=0,36$; $p<0,05$) та наочно-образного мислення ($r=0,34$; $p<0,05$).

Отримані результати підтвердили факт наявності тісного зв'язку успішності навчальної діяльності сучасних школярів із рівнями розвитку їх пізнавальної сфери, що створює необхідність активного впровадження психолого-педагогічних засобів та методів стимуляції розвитку пізнавальних властивостей та функцій, а також підвищення пізнавальної активності учнів у цілому, особливо в умовах надмірних інформаційних навантажень.

Таким чином, як було встановлено, ефективність навчання значною мірою залежить від рівня розвитку пізнавальних властивостей, які в сукупності аналізують пізнавальний статус учнів та дають змогу прогнозувати успішність виконання ними певних видів діяльності. Виявлено позитивний вплив впровадження профільних класів (із поглибленим вивченням певних навчальних предметів) на розвиток психічних функцій, що спостерігалось в учнів гімназії.

Література:

1. Ляшенко В. Н. Особливості психологічного захисту у дітей 12-14 років / В. Н. Ляшенко, В. Н. Туманова, Н. П. Гнутова // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. – 2017. – № 4. – С. 180–185.

2. Лизогуб В. С. Формування індивідуально-типологічних властивостей нервової системи в онтогенезі людини / В. С. Лизогуб // Вісн. Київ. ун-ту ім. Тараса Шевченка. – 2000. – № 6. – С. 47–50.

3. Макаренко М. В. Дослідження психофізіологічних функцій учнів середнього шкільного віку при тривалих фізичних навантаженнях / М. В. Макаренко, І. О. Іванюра, В. І. Шейко // Фізіологічний журнал – 2002. – Т.48, № 5. – С. 56–61.

Кулеша Н. П.

ОСОБЛИВОСТІ ЕМОЦІЙНОГО КОМПОНЕНТУ АДАПТИВНОГО КОМПЛЕКСУ СТУДЕНТІВ ІЗ ДИСТАНТНИХ СІМЕЙ ЗАЛЕЖНО ВІД ТРИВАЛОСТІ ВІДСУТНОСТІ ОДНОГО ІЗ БАТЬКІВ У КОНТЕКССТІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Негативним наслідком трудової міграції є порушення сімейних відносин, що призводить до позбавлення дітей батьківського піклування протягом довгого періоду, в результаті чого діти стають «штучними» сиротами.

Безумовно, відсутність безпосереднього контакту дитини з батьками, негативно позначається на її психоемоційному і навіть інтелектуальному розвитку.

Однак, як показав аналіз теоретичних та експериментальних досліджень [1;2;3], проблема впливу батьківської депривації на психологічну адаптацію до навчання є маловивченою. Тому для того, щоб з'ясувати особливості психологічної адаптації студентів із дистантних сімей залежно від тривалості відсутності батьків. За допомогою авторської анкети студентів було поділено на три групи: I група – студенти із дистантних сімей, батьки яких до року є трудовими мігрантами, II група – батьки є трудовими мігрантами від 1 до 3 років, III група – батьки є трудовими емігрантами більше, ніж 3 роки.

Результати діагностики емоційного компонента психологічної адаптації студентів із дистантних сімей залежно від тривалості відсутності батьків:

Дослідивши емоційні стани студентів із дистантних сімей за допомогою методики «Самооцінка емоційних станів» А. Уессмана та Д. Рікса, встановлено, що у всіх групах практично переважають низькі показники (див. таблицю 1).

Таблиця 1

Результати діагностики актуальних емоційних станів студентів із дистантних сімей залежно від тривалості відсутності одного з батьків, у %, n=106

Шкали методики	Рівні	Тривалість відсутності одного з батьків			φ	p
		До 1 року (n=31)	Від 1 – 3 років (n=28)	Більше 3 років (n=47)		
Спокій-тривога	Високий	17,1	18,4	12,9	2,05	≤0,05
	Середній	33,9	26,5	38		
	Низький	49	55,1	49,1		
Енергійність –втома	Високий	9,5	9,1	21,3	1,63	≤0,01
	Середній	28,3	29,1	36,1		
	Низький	62,2	59,8	42,6		
Піднесеність –пригніченість	Високий	11,5	12,4	16,1	1,89	≤0,01
	Середній	43,3	47,3	41,4		
	Низький	45,2	40,3	42,5		
Упевненість у собі – безпорадність	Високий	15,2	16,2	9,2	2,16	≤0,05
	Середній	54,7	32,1,	33,7		
	Низький	30,1	51,7	57,1		
Загальна самооцінка	Високий	22,7	23	12,3	2,09	≤0,05
	Середній	44,3	40,6	23,2		
	Низький	33	36,4	64,5		

За шкалою «енергійність – втома» більшість осіб з усіх груп мають низький рівень, а саме: 62,2% студентів, чиї батьки відсутні менше 1 року, 59,8% студентів, тато чи мама яких відсутні від 1 до 3 років і 42,6% студентів, один із батьків яких відсутній більше, ніж 3 роки.

Результати за шкалою «піднесеність – пригніченість» показують, що студенти з дистантних сімей усіх груп (45,2%, 40,3% і 42,5% відповідно) почуваються дуже пригніченими і засмученим, нерадісними, тужливими.

За шкалою «упевненість у собі – безпорадність» у студентів, незалежно від тривалості відсутності батьків, переважають показники середнього та низького рівня. Однак показники високо рівня «впевненість у собі – безпорадність» є досить низькими в 15,2% студентів із дистантних сімей, чиї батько чи мати відсутні менше 1 року, у 16,2% студентів, чиї батько чи мати відсутні від 1 до 3 років, особливо низькі показники у студентів, чиї батько чи мати відсутні більше, ніж 3 роки – 9,2%.

Підрахувавши індивідуальні сумарні (за чотирма шкалами) оцінки емоційного стану, ми отримали такі показники: у студентів із дистантних сімей, чиї батько чи мати відсутні менше 1 року, високий рівень самооцінки становить 22,7%, середній рівень – 44,3%, низький рівень – у 33%.

У студентів, чиї батько чи мати відсутні від 1-го до 3 років, високий рівень самооцінки зафіксовано у 23% досліджуваних, середній рівень – у 40,6%, низький рівень – у 36,4%, що вказує на певний нестійкий емоційний стан, внутрішню скованість, стурбованість, напруженість, нерішучість, відчуття незахищеності, нестриманість, розгубленість, розпач. Такі переживання характерні, насамперед, для першокурсників і притаманні процесам їхньої психологічної адаптації, прийняття нових вимог та норм університету, усвідомлення нової ролі, входження в нову систему взаємин, особистісного зростання.

У студентів, чиї батько чи мати відсутні більше, ніж 3 роки, високий рівень самооцінки відзначено у 12,3% досліджуваних, середній рівень – у 23,2%, низький рівень – у 64,5%. Така ситуація супроводжується нестабільністю емоційної сфери, внутрішніми суперечностями та неспокоєм, чутливістю до невдач, непогодженням із реаліями життя й об'єктивними можливостями, розгубленістю, несформованістю самоконтролю, підвищеною конфліктністю, відчуттям внутрішньої порожнечі, ворожістю, нестриманістю у вираженні своїх емоцій, нестійкістю, негативних подій, що можуть статися, що здаються непереборними, невизначеною стурбованістю, застряганням на емоційно-значущих переживаннях, перебільшенням своїх недоліків, відсутністю особистісної автономії.

Підрахунок рівня достовірності розбіжностей у вибірках було зроблено за допомогою багатофункціонального критерію кутового перетворення Фішера φ. Цей критерій підтверджує статистичну значимість відмінностей у показниках емоційних станів студентів із дистантних сімей залежно від тривалості відсутності одного з батьків за всіма шкалами: «спокій – тривога» (φ=2,05, p≤0,05), «енергійність – утома»» (φ=1,63, p≤0,01), «піднесеність – пригніченість» (φ=1,89, p≤0,01), «упевненість у собі – безпорадність» (φ=2,16, p≤0,05), «загальна самооцінка» (φ=2,09, p≤0,05).

Показники реактивної й особистісної тривожності за шкалою Спілбергера-Ханіна дозволили зафіксувати її рівень у студентів із дистантних сімей залежно від тривалості відсутності одного із батьків.

Так, встановлено, що у групі студентів, батьки яких знаходяться на відстані тривалістю до 1 року, переважає високий рівень реактивної й особистісної тривожності (39,1% і 43,6% відповідно); за умови відсутності когось із батьків на період від 1 до 3 років – 53,2% і 58,9%, а також 49,8% і 56,5% студентів мають високі показники реактивної й особистісної тривожності із тих сімей, де батька чи матері відсутні немає поруч більше, ніж 3 роки.

Таблиця 2

Результати діагностики показників тривожності студентів із дистантних сімей залежно від тривалості відсутності одного з батьків, у %

Шкали методики	Рівні	Тривалість відсутності одного з батьків			φ	p
		До 1 року (n=31)	Від 1 до 3 років (n=28)	Більше 3 років (n=47)		
Реактивна тривожність	Високий	39,1	53,2	49,8	1,62	0,01
	Середній	40,8	39,6	26,5		
	Низький	20,1	7,2	23,7		
Особистісна тривожність	Високий	43,6	58,9	56,5	1,37	0,01
	Середній	35,8	12,4	10,9		
	Низький	20,6	78,7	32,6		

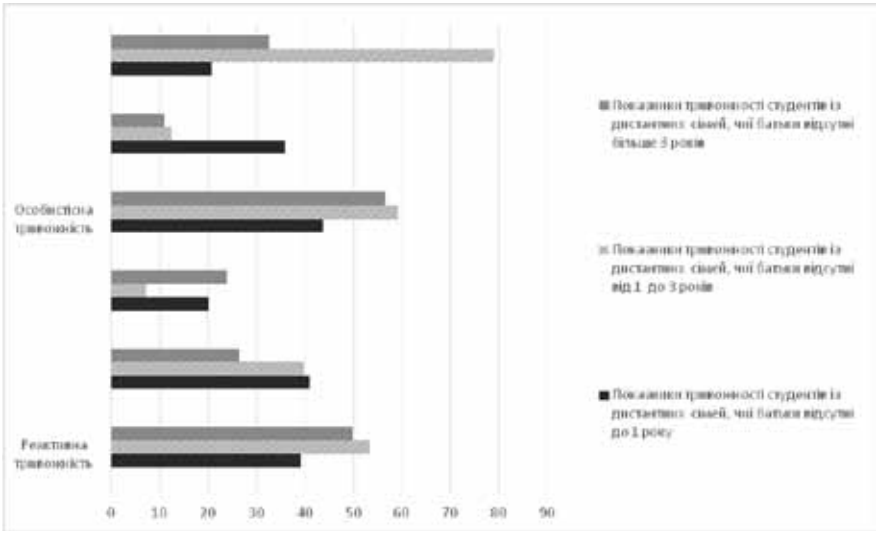

Рис. 1 Результати діагностики показників тривожності студентів із дистантних сімей залежно від тривалості відсутності одного з батьків

Отже, ми виявили високий показник тривожності в усіх трьох групах студентів із дистантної сім'ї, що може бути наслідком порушень стосунків у сім'ї, негативного впливу на формування особистості студента. Навіть у разі тимчасової відсутності одного з членів сім'ї створюється емоційно-негативна ситуація, яка може провокувати підвищення тривожності.

Одержані результати емпіричного дослідження можуть лягли в основу обгрунтування програми зниження рівня тривожності студентів із дистантних сімей до навчання у закладах вищої освіти у контексті громадського здоров'я.

Література:

1. Москаленко В. Ф. Громадське здоров'я. Вид. 3. Підручник для ВМНЗ. Вінниця: Нова книга, 2013. 560 с.

2. Томчук М. І. Психологія адаптації до навчання студентів із особливими потребами : монографія, Глобус-Прес, Вінниця, 2005. 226 с.

3. Прихожан А. М. Тревожность у детей и подростков: психологическая природа и возрастная динамика, М., Воронеж: МО-ДЭК, 2000. 304 с.

Лемеха Р. І.

ЧИННИКИ, ЯКІ ВПЛИВАЮТЬ НА ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ

Здоров'я визначається однією з базових цінностей XXI століття. У сучасному світі людина працює не на попередження та профілактику різного роду захворювань, а, скоріш за все, на їх лікування. Різнобічна й тривала дія несприятливих соціальних, психологічних, економічних та інших чинників зумовлює виникнення в людини високої нервово-психічної напруги. Всесвітня організація охорони здоров'я визначає психічне здоров'я як стан благополуччя, за якого людина може реалізувати свій власний потенціал, справлятися зі звичайними життєвими стресами, продуктивно та плідно працювати, а також робити внесок в життя своєї спільноти [1]. У більш широкому розумінні психічне здоров'я особистості розглядається як стан інтелектуально-емоційної сфери, основу якого становить відчуття душевного комфорту, котрий забезпечує адекватну поведінкову реакцію індивіда, тобто як динамічний процес психічної діяльності, якому властива детермінованість психічних явищ, гармонійний взаємозв'язок між відображенням обставин дійсності і ставленням індивіда до неї, адекватність реакцій на навколишні, соціальні, біологічні, психічні і фізичні умови, завдяки здатності людини контролювати свою поведінку, планувати і здійснювати свій шлях у мікро- та макросередовищі [2, с. 25].

До критеріїв психічного здоров'я, визначених Всесвітньою організацією охорони здоров'я, належать:

– усвідомлення та відчуття безперервності, постійності та ідентичності свого фізичного та психічного «Я»;

– відчуття постійності та ідентичності переживань в однотипних ситуаціях;

– критичність до себе та своєї власної психічної діяльності й її результатів;

– відповідність психічних реакцій (адекватність) силі та частоті впливів середовища, соціальним обставинам та ситуаціям;

– здатність самокерування поведінкою відповідно до соціальних норм, правил, законів;

– здатність планувати власну життєдіяльність та реалізовувати заплановане;

– здатність змінювати спосіб поведінки залежно від зміни життєвих ситуацій та обставин [1].

Дані численних наукових досліджень доводять, що лише впродовж двох останніх десятиліть рівень поширення психічних захворювань різного генезу у світі збільшився майже в 30 разів [3]. Більше того, люди, котрі пізнали безробіття, зубожіння й розпад сім'ї, піддаються значно вищому ризику розвитку таких психічних розладів, як депресія, алкоголізм і потяг до самогубства. Суїцидів більше там, де високий рівень соціально-економічного неблагополуччя та соціального розшарування [4, с.27].

Психічне здоров'я пов'язане з переважанням позитивних за своєю суттю рис характеру особистості, її моральністю, наявністю в неї стійкої ціннісної сфери тощо. На загальне здоров'я та психічне зокрема впливає низка науково обґрунтованих чинників: спосіб життя (50%), навколишнє середовище (20%), генетичні особливості (20%) та медичні показники (10%) [5, с.15-16]. З огляду на те слід детально зупинитись на кожному з них.

Так, рівень здоров'я людини визначається умовами життєдіяльності: навчанням, працею та побутом, добробутом та гігієнічною культурою, а найбільше – способом життя людини. Здоровий спосіб життя – це не тільки матеріальна, практична, але й духовна діяльність людини. Від взаємодії цих сторін способу життя залежить стан здоров'я людини, зокрема й психічного. Варто вказати, що XX ст. відзначилось як століття науково-технічного прогресу, що різко змінило спосіб життя людини, його побутові умови. Проте поліпшення якості життя, полегшення праці та побуту людей, пов'язані з його досягненнями, не зробили здоров'я покоління наших сучасників краще. Багато наслідків науково-технічного прогресу є факторами ризику, а часом і причиною розвитку багатьох хвороб. Нераціональне харчування, шкідливі звички, тривалі негативні стресові ситуації, невміння підтримувати адекватні відносини з оточуючими, конфлікти, недостатній відпочинок, малорухливий спосіб життя, зовнішні подразники негативно впливають на людину, зокрема на її психіку. Збереження психічного здоров'я несумісне з вживанням будь-яких психоактивних речовин, які лише підвищують рівень стресу, а відтак сприяють розвитку важких нервових і психічних розладів.

Наступним чинником, який впливає на стан психічного здоров'я людини є навколишнє середовище. Власне, ще з початку зародження людства і дотепер людина піддавалася впливу таких його чинників, як землетруси, урагани, пожежі, потопи, сонячні затемнення, епідемії, техногенні катастрофи, атомна зброя, війни тощо. Проте на сьогодні їх вплив значно посилився та урізноманітнився. Серед найпоширеніших чинників середовища життєдіяльності людини, які негативно впливають на життя і здоров'я, є забруднення атмосферного повітря, що викликає онкологічні та хронічні захворювання верхніх дихальних шляхів, алергії; забруднення питної води, що веде до виникнення епідемій та хімічних отруєнь; забруднення поверхневих водойм, ґрунту та харчових продуктів, що призводить до алергії, масових отруєнь; вплив неіонізуючого випромінювання (комп'ютерна техніка, мобільні телефони, базові станції тощо) тощо. У науковій літературі справедливо зауважується, що пряму дію радіації на психічний стан людини виміряти досить складно, крім того, лише високі дози випромінювання можуть значно вплинути на психічний стан людини [6, с.51]. Так, у перші години ліквідації аварії на ЧАЕС у людей, що отримали дозу 50 Бер, простежувалося нервове збудження, страх, а потім – депресія. Вивчення розумового розвитку в дітей, які зазнали внутрішньоутробного опромінення внаслідок аварії на ЧАЕС, показало, що інтелектуальний індекс нижче 70 визначається у майже 6% дітей з уражених районів та у 2% дітей із контрольних, не уражених районів [7, с.151].

Слід зазначити, що психічний розвиток людини опосередковується суспільними впливами, а відтак навчання й виховання є формою розвитку особистості. Водночас не можна заперечувати той факт, що на психічні особливості людини впливають також генетичні особливості. Йдеться, насамперед, про біологічні (анатомо-фізіологічні) чинники розвитку організму та вищої нервової системи людини, її мозку. Врешті-решт на загальне здоров'я та психічне зокрема впливають медичні показники. Відомо, що з кожним днем під час одужання від важкої недуги відбувається покращення психічного стану хворого, поліпшується його настрій, з'являється бадьорість і оптимізм. Натомість фізично нездорова людина завжди важче переносить життєві негаразди. Безпосередній вплив на центральну нервову систему здійснюють больові відчуття та вплив різного роду лікарських засобів. Так інтенсивний біль, що накопичуються в крові, шкідливі речовини або киснева недостатність, безпосередньо впливаючи на головний мозок, викликають порушення в нервово-психічній сфері.

Таким чином проблема саме психічного здоров'я в сучасному суспільстві постає вкрай актуальною, оскільки важливим завданням залишається пошук ефективних методів та засобів профілактики психічних і психологічних розладів, поширення інформації про здоров'я і здоровий спосіб життя, підвищення мотивації всіх і кожного до збереження здоров'я загалом та психічного зокрема. Межі цієї проблеми сягають стану навколишнього середовища, соціально-економічного статусу, умов праці, побутових умов та способу життя особистості.

Література:

1. Что такое психическое здоровье / Всемирная Организация Здравоохранения // [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.who.int/features/qa/62/ru/index.html

2. Психолгічна енциклопедія / за заг. ред. О. М. Степанова – К.: Академвидав, 2006. – 424 с.

3. Устінов О. В. Психічне здоров'я як складова національної безпеки [Електронниц ресурс] / О. В. Устінов // Український медичний часопис. – I/II 2013 – № 1 (93). – Режим доступу до статті : http://www. umj.com.ua/article/52851/psixichne-zdorov-ya-yak-skladova-nacionalnoi-bezpeki

4. Волошина В. В. Загальна психологія: практикум: навч. посібник / Л. В. Долинська, С. О. Ставицька, О. В. Темрук. − К.: Каравела, 2007. – 280 с.

5. Андрушко Я. Загальнопсихологічний дискурс: проблеми психологічного здоров'я особистості / Я. Андрушко // Психічне здоров'я особистості у кризовому суспільстві / Збірник тез ІІ Всеукраїнської науково-практичної конференції (20 жовтня 2017 року) / упор. Н. М. Бамбурак. – Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2017. – С.14-17.

6. Гушук І.В. Вплив екологічних чинників на психічне здоров'я особистості / І.В. Гушук, А.Є. Нижник, М.А. Шугай // Наукові записки національного університету «Острозька академія». Випуск 26. – 2014 р. – С.48-52.

7. Козлова І. А. Внутрішньоутробне пошкодження головного мозку (наслідок Чорнобильської катастрофи) / І. Козлова І. А. Внутрішньоутробне пошкодження головного мозку (наслідок Чорнобильської катастрофи) / І. А. Козлова, А. А. Пухівська, В. Ю. Рябухін // Матеріали XII з'їзду психіатрів Росії. – М. : Знание, 1995. – С. 151–152.

Мазур П. Є., Горошко Є., Батюх О.

СИНДРОМ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ В МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

Останніми роками у світі все частіше говорять не тільки про професійний стрес, але і про синдром емоційного вигорання працівників. Одне з перших місць за ризиком виникнення синдрому емоційного вигорання посідає професія медичної сестри. Її робочий день – це спілкування з людьми, в основному з хворими, що вимагають постійної турботи й уваги. Стикаючись із негативними емоціями, медсестра мимовільно залучається до них, через що починає й сама випробовувати підвищену емоційну напругу.

Люди, котрі працюють у сфері «людина – людина», згідно професії вимушені багато та інтенсивно спілкуватися з іншими людьми, працювати із високою самовіддачею та відповідальністю. Вони починають асоціювати свою працю з призначенням, місією, тому у них стирається грань між роботою і приватним життям, що веде до ризику виникнення синдрому вигорання [1].

Синдром емоційного вигорання (СЕВ) – це реакція організму, яка виникає внаслідок тривалої дії професійних стресів середньої інтенсивності. Процес поступової втрати емоційної, когнітивної та фізичної енергії, що проявляється в симптомах емоційного, розумового виснаження, фізичної втоми, особистої відчуженості та зниження задоволення від виконаної роботи [3]. З одного боку, синдром вигорання – це певний тип реагування на хронічний професійний стрес, який дозволяє людині дозувати й економно витрачати енергетичні ресурси. Але з іншого – соматичні, психопатичні і психопатологічні дисфункції, які мають несприятливі наслідки для здоров'я і професійної діяльності спеціаліста.

Процес вигорання виникає в результаті внутрішнього накопичення негативних емоцій без відповідної «розрядки» і розвивається поступово. Спочатку у «того, хто вигорає» починає зростати напруга у спілкуванні. Далі – емоційна перевтома переходить у фізичну, людина не відчуває в собі сил для виконання навіть дріб'язкових справ, доводиться докладати багато зусиль, щоб примусити себе розпочати працювати. Така втома може провокувати стан пригніченості, апатію, роздратування, відчуття постійної напруги, дискомфорту і тому стає все важче зосередитись на роботі. Людина не завжди здатна стримати викликане оточуючими роздратування, виникає потреба усамітнитися, обмежити контакти. Якщо це не вдається, тоді спрацьовує певна захисна реакція організму, яка може проявитися у байдужості до людей, цинізмі та навіть агресії [4].

Причинами емоційного вигорання є: конфлікти різного характеру, психологічна перевтома, високе робоче навантаження, неналежна оплата праці, некоректні та неоднозначні вимоги, одноманітна праця протягом тривалого часу без повноцінного відпочинку, глибина контакту з пацієнтами, участь у прийнятті рішень, особистісні якості, недостатність професійної підготовки, брак досвіду, проблеми у спілкуванні з пацієнтами та їх родичами, висока смертність серед пацієнтів відділення, поява негативних емоцій при неефективності медичного лікування, невміння долати труднощі, наявність сімейної чи особистісної кризи.

Основні складові вигорання: *емоційна виснаженість (*відчуття спустошеності та втоми, викликане власною роботою), *деперсоналізація* (цинічне відношення до роботи та до її об'єктів, тобто виникає байдуже, негуманне, цинічне відношення до людей, з якими працюють), *редукція професійних досягнень (*виникнення у працівників почуття некомпетентності у своїй професійній сфері, усвідомлення неуспішності в ній) [2].

Стадії СЕВ: *стадія напруження* – приглушеність емоцій і відчуття незадоволення собою, *стадія резистенції (стійких змін)* – відчуття обмеженості власних дій, часті емоційні зриви, негативні почуття до пацієнтів і колег, *стадія виснаження* – немає сили, волі, збіднені емоції, настає засудження колишньої професійної діяльності, тенденція до ізоляції від всього і всіх, внаслідок чого психологічний дискомфорт переростає у соматичні захворювання.

Емоційне вигорання характеризується такою сукупністю синдромів:

– *Психофізичний синдром:* симптом хронічної втоми, відчуття емоційного і фізичного виснаження, постійні розлади шлунково-кишкового тракту, часті безпричинні головні болі, повне чи часткове безсоння, різка втрата чи різке збільшення ваги, задишка або порушення дихання під час фізичного чи емоційного навантаження, помітне зниження зовнішньої і внутрішньої сенсорної чутливості.

– *Соціально-психологічний синдром:* байдужість; нудьга; пасивність і депресія; підвищена дратівливість на незначні, дрібні події; постійне переживання негативних емоцій.

– *Поведінковий синдром:* співробітник помітно змінює свій робочий режим дня, невиконання важливих, пріоритетних завдань, дистанціювання від співробітників.

Не є секретом те, що робота (навіть та, яка є покликанням людини) має здатність виснажувати. Щоб медпрацівник не став заручником хворобливого стану пацієнта, слід усвідомити, що суттєва роль у боротьбі з хворобою і відповідальність за життя та здоров'я належить насамперед самому пацієнтові. Найкращою профілактикою професійного вигорання є адекватне відношення до роботи і відведення їй належного місця в житті. Феномен емоційного вигорання ми розглядаємо на курсах підвищення кваліфікації з метою дослідження емоційних ресурсів, проведення профілактики та виявлення «організаційних попередників вигорання» СЕВ у медичних сестер, які зазнають постійної емоційної напруги внаслідок професійних контактів з людьми.

Експериментальне дослідження проводилось психологами відділення підвищення кваліфікації Кременецького медичного училища імені Арсена Річинського. У дослідженні взяло участь 137 молодших спеціалістів з медичною освітою віком 20 – 69 років, 4 з них особи чоловічої статі. Дослідження проводили протягом січня – листопада 2018 року. Досліджуваними стали 73 особи Кременецького району, 44 особи Шумського, 10 осіб Лановецького, 9 осіб Збаразького та 1 особа Зборівського району. З усіх респондентів 29 осіб працюють сестрами терапевтичних відділень і кабінетів, 32 – фельдшера ФАП і амбулаторій, 31 – сестри медичні загальної практики-сімейної медицини, 8 – акушерки пологових відділень і жіночих консультацій, 12 – сестри медичні дитячих відділень і кабінетів, 15 – головні й старші медичні сестри, 10 осіб сестри медичні хірургічних відділень і кабінетів. Перед початком анкетування досліджуваних інформували про умови його проведення, для них надавали гарантії нерозголошення отриманої інформації про учасників, що відповідає принципам інформованої згоди. Респонденти не були залежними від дослідників. З метою дослідження рівня емоційного вигорання у медичних спеціалістів ми використовували тестову методику визначення психічного «вигорання» А. А. Рукавішнікова, яка націлена на інтегральну діагностику психічного вигорання. Результати отримують за трьома шкалами: особистісне віддалення, психоемоційне виснаження, професійна мотивація. Згідно з цією методикою автор виділяє 5 рівнів градації в кожній шкалі. За результатами дослідження сумарний індекс вигорання в досліджуваних: 7% опитаних мають дуже високий рівень вигорання, 12% – високий рівень, 45% – середній рівень, 34% – низький, 2% – вкрай низький рівень вигорання. При чому високий рівень емоційного вигорання спостерігається переважно у медичних сестер хірургічних відділень та фельдшерів ФАПів.

На сьогодні, завдяки постійній роботі науковців, синдром емоційного вигорання можна досить ефективно коригувати. Особисте душевне благополуччя людини значною мірою залежить від того, як вона керує своїми почуттями, думками та поведінкою [5]. Для подолання СЕВ пропонуємо наступні способи:

1. Навчитись впливати на свій емоційний стан:

• Слухайте музику (в результаті численних досліджень виявлено, що під впливом музики, покращується пам'ять на 45–50%, увага – на 25–30%. Головне правило – музика не повинна бути занадто швидкою, гучною і дисонансною. Тому використання індивідуальної музичної аптечки показано щоденно усім).

• Станьте волонтером. Турбота про інших – це і турбота про самого себе.

• Відвідуйте культурні заходи. Регулярно ходити на виставки або концерти – це ще один спосіб відчувати себе щасливим.

• Медитуйте. Медитація – це цілеспрямована зміна свідомості. Численні дослідження показують, що входячи в стан внутрішнього спокою, можна зменшити відчуття депресії й тривоги, поліпшити пам'ять і підвищити емоційний самоконтроль.

2. Навчитись здійснювати вплив на думки, змінити світогляд:

• Фіксуйте речі, за які ви вдячні. Заведіть блокнот і щодня записуйте туди інформацію про те, у чому вам сьогодні пощастило – чудовий спосіб завжди перебувати в гарному настрої.

3. Навчитись впливати на фізичне тіло:

• Достатньо висипайтеся; використовуйте у повсякденному житті аромотерапію, масаж, фітотерапію, терапію кольором; дотримуйтеся збалансованого харчування; займайтеся спортом, танцями.

Але які б техніки не застосовувала людина, все починається з почуття відповідальності за свою долю та прагнення до змін на краще шляхом керування собою та власним життям.

Література:

1. Вежновець Т. А. Синдром емоційного вигорання в медичних працівників хірургічних відділень із позиції кадрового менеджменту / Т. А. Вежновець, В. Д. Парій // Україна. Здоров'я нації. – 2016. – № 1–2. – С. 41–46.

2. Горачук В. В. Задоволенність працею та синдром «емоційного вигоряння» у лікарів-педіатрів / В. В. Горачук // Перінатологія та педіатрія. – 2007. – № 4. – С. 118–120.

3. Децик О. З. Організаційна технологія протидії та подолання професійного вигорання медичних працівників сфери паліативної допомоги / О. З. Децик, Ж. М. Золотарьова // Міжнародний журнал «Реабілітація та паліативна медицина». – 2015. – № 2. – С. 93 – 97.

4. Загуровский В. М. Дезадаптаційні порушення внаслідок стресових факторів у роботі членів бригад швидкої медичної допомоги / / Медицина невідкладних станів . – 2005 . – № 1 . – С. 65.

5. Інноваційні підходи у профілактиці синдрому емоційного вигорання серед медичних працівників / В. Артьоменко // Управління закладом охорони здоров'я. – 2015. – № 10. – С. 66 – 73.

Осьодло В. І., Зубовський Д. С.

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОЯВУ ОСОБИСТІСНОГО ЗРОСТАННЯ УЧАСНИКІВ АТО У ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ ПЕРІОД

Сьогодні українське суспільство постало перед складним викликом – гібридною війною. У цій новій реальності існування нашого соціуму, як ніколи раніше, актуалізувалась потреба розуміння змін, які відбуваються на індивідуально-психологічному рівні життєтворення кожного учасника збройного конфлікту. Традиційно, досвід збройного протистояння асоціювався з негативними психологічними змінами. Тривалий час вважали, що участь у бойових діях здійснює винятково негативний вплив на особистість військовослужбовця, змінюючи її внутрішній світ, емоційні стани, цінності, погляди на життя тощо. Однак в останні роки у світовій психологічній науці спостерігається стрімка зміна парадигм. На противагу традиційній "патологізованій" парадигм все активніше протиставляють нову – позитивно орієнтовану. З'являється все більше досліджень, у яких не лише констатують деструктивний бік участі у бойових діях, але й емпірично підтверджують позитивні, адаптаційні зміни особистості внаслідок переживання подібного досвіду.

У західній психології позитивні наслідки травматичного досвіду знайшли своє представлення у концепції посттравматичного зростання (posttraumatic growth). Піонери дослідження цього феномену Р. Тедескі та Л. Калхоун визначають посттравматичне зростання (ПТЗ) як "відчуття позитивних змін, унаслідок боротьби зі значною життєвою кризою" [8, с.1]. З долею впевненості можна стверджувати, що поява позитивних трансформаційних змін серед військовослужбовців – учасників бойових дій є доволі поширеним та давнім явищем. Ще до початку цілеспрямованих наукових досліджень наявність подібних змін була відображена в сюжетах численних художніх творів, персонажі яких часто зазнавали кардинальних змін свого життя або своїх життєвих поглядів в результаті безпосередньої загрози життю [1].

Що стосується емпіричних досліджень, проведених безпосередньо після наукової концептуалізації посттравматичного зростання особистості, то вони почали з'явилися у науковій літературі з 2005 року. Як правило, ці дослідження здійснювали американські вчені, вони фокусувалися на ветеранах збройних сил США, які брали участь у таких конфліктах: війна в Перській затоці, війна в Іраку, операція "Нескорена свобода" [5]. Щоправда, також існує декілька емпіричних робіт ізраїльських вчених, присвячених ветеранам війни Судного дня та данських вчених, присвячених ветеранам операції "Нескорена свобода" [6;7].

У вище вказаних наукових працях дослідили індивідуально-психологічні (темперамент, риси особистості) та соціально-психологічні (соціальна підтримка, умови життя) предиктори ПТЗ. Розробили моделі процесу зростання та їх ключові компоненти. Детальне емпіричне опрацювання отримав взаємозв'язок посттравматичного зростання особистості та посттравматичного стресового розладу.

Не зважаючи на значні наукові напрацювання закордонних дослідників, на нашу думку, здійснювати пряму екстраполяцію визначених ними закономірностей на вибірку військовослужбовців ЗС України, які брали участь у бойових діях на сході України, є не зовсім правильним. Особливості гібридної війни, що триває на сході України, створили нові умови ведення бойових дій та як наслідок багато в чому абсолютно специфічні види травматичного впливу. Окрім цього, реалії соціально-політичної ситуації в нашій країні, обумовили виникнення значної кількості соціально-психологічних чинників реадаптації та психологічного відновлення учасників бойових дій непритаманних іншим конфліктам.

З огляду на вище зазначене нами здійснили емпіричне дослідження наявності особистісного зростання учасників АТО у посттравматичний період та встановили структуру його проявів. Для цього робили аналіз емпіричних даних, отриманих на вибірковій сукупності військовослужбовців – учасників АТО загальною чисельністю 297 осіб. Формування вибіркової сукупності проводили у період з липня по грудень 2017 року за допомогою двох підходів: Інтернет-опитування та традиційне (аналогове) опи-

тування з використанням паперових бланків. Використання комбінації цих двох підходів обумовлено намаганням досягти максимальної репрезентативності вибіркової сукупності і як наслідок достовірності емпіричних результатів.

Рівень прояву особистісного зростання учасників АТО у посттравматичний період оцінювавали за допомогою "Опитувальника посттравматичного зростання". Середнє значення загального балу методики "Опитувальник посттравматичного зростання" для вибірки учасників АТО знаходилося на рівні M = 62,2; стандартне відхилення SD = 17,9. Аналіз відсоткового співвідношення отриманих даних продемонстрував, що у випадку розділення всього діапазону можливих значень методики "Опитувальник посттравматичного зростання" (від 0 до 105) на три рівні діапазони (від 0 до 35; від 36 до 75; від 76 до 105) лише 9, 5% всієї вибіркової сукупності учасників АТО повідомили про низький рівень прояву ПТЗ (≤35). Більш 70 % вибіркової сукупності учасників АТО повідомили про помірний рівень ПТЗ. Двадцять відсотків учасників АТО продемонстрували значний рівень прояву цього феномену. Таким чином переважка більшість респондентів відзначила у своїй особистості певні позитивні психологічні зміни в результаті досвіду участі у збройному конфлікті.

Встановлений у нашому дослідженні показник середнього значення загального балу методики "Опитувальник посттравматичного зростання" вказує на доволі високий рівень особистісного зростання учасників АТО у посттравматичний період. Зокрема, в силу використання уніфікованого психодіагностичного інструментарію, цей показник може бути порівняний з даними закордонних досліджень щодо вивчення проявів посттравматичного зростання комбатантів інших збройних конфліктів.

Порівняння емпіричних показників засвідчило, що встановлений у нашому дослідженні показник середнього значення загального балу методики "Опитувальник посттравматичного зростання" (M = 62,2, SD = 17,9) перевищує середнє значення цієї ж методики, отриманий на більшості вибіркових сукупностей учасників бойових дій (та комбатантів). Зокрема, показник ПТЗ учасників АТО істотно перевищував середнє значення ПТЗ військовослужбовців США, що брали участь в операціях "Іракська свобода" та "Нескорена свобода". Так, дві незалежні дослідницькі групи під керівництвом Кюрі Д. М. (J. M. Currier) та С. Маротти-Волтерс (S. Marotta-Walters) вказали на практично ідентичний рівень ПТЗ для цих вибіркових сукупностей військовослужбовців: 47.83 (25.95) та 47.11 (22.98) відповідно [2;4]. Окрім цього, встановлений рівень ПТЗ учасників АТО практично у два рази перевищує рівень ПТЗ піхотинців Королівської армії Нідерландів, що брали участь в Іракській війні (38.78 (19.40) та внутрішньо переміщених осіб з колишньої Югославії 35.82 (SD=18.09) [3].

Щоправда, встановлений рівень ПТЗ учасників АТО поступається середньому значенню посттравматичного зростання ветеранів Другої світової війни та Корейської війни M=64,45 (23.06), а також військовополоненим учасникам В'єтнамської війни M=66,3 (17,5). Таким чином, на наш погляд встановлена варіація співвідношення рівня ПТЗ учасників АТО та ПТЗ ветеранів (і комбатантів) інших збройних конфліктів, цілком узгоджується з концептуальними положеннями функціонально-описової моделі посттравматичного зростання Р. Тедескі та Л. Калхоуна. Зокрема, Р. Тедескі та Л. Калхоуна розглядають ПТЗ як потенційний наслідок когнітивної спроби переоцінити початкові, дотравматичні переконання особистості про світ та про себе. Дослідники розглядають травматичну подію, як "сейсмічний" зсув початкової життєвої схеми, при чому чим значнішим є виклик основоположним уявленням та переконанням особистості, тим імовірнішою є можливість посттравматичного зростання. Виходячи з цього, логічно припустити, що військовополонені або ветерани таких жорстоких та високо інтенсивних збройних протистоянь як Друга світова війна та Корейська війна зазнали значно потужніших порушень базових уявлень про світ ніж учасники бойових дій на сході України.

Водночас, характер збройного протистояння, який спостерігають під час АТО, особливо на початковій фазі (враховуючи його хаотичну та неочікувану природу), за інтенсивністю значно перевищує локальні бойові зіткнення операції «Нескорена Свобода» та операції «Іракська свобода». За наявними аналітичними даними ці операції здійснювали (і здійснюють) з мінімальним залученням піхоти та максимальним залученням авіації. Такий характер введення бойових дій призводив до значно меншого психологічно потрясіння та як наслідок можливості вияву посттравматичного зростання особистості.

Література:

1. Моем В. С. Місяць і мідяки; На жалі бритви: Романи. (Пер. з англ.); Передм. І. О. Влодавської; Худож. А. З. Толкачова. – К.: Дніпро, 1989. – 574 с. іл.. – (Зарубіж. проза XX ст.).

2. Currier, J. M. Cognitive processing of trauma and attitudes toward disclosure in the first six months after military deployment / J. M. Currier, R. Lisman, J. Irene Harris, R. Tait, C. R. Erbes // Journal of clinical psychology. – 2013. – № 3. – Vol. 69.– P. 209-221.

3. Engelhard, I. M., Changing for better or worse? Posttraumatic growth reported by soldiers deployed to Iraq / I. M. Engelhard, M. Lommen, M. Sijbrandij // Clinical Psychological Science . – 2015– № 3. – Vol. 5.– P. 789-796.

4. Marotta-Walters, S. Posttraumatic growth among combat veterans: A proposed developmental pathway / S. Marotta-Walters, J.Choi, M. Doughty Shaine // Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy. – 2015 – № 4. – Vol. 7. – P. 356-363.

5. Mitchell, M. M. Combat exposure, unit cohesion, and demographic characteristics of soldiers reporting posttraumatic growth / M. M. Mitchell, M. S. Gallaway, A. M. Millikan, M. R. Bell // Journal of Loss and Trauma. – 2013 – № 5. – Vol. 18. – P. 383-395.

6. Solomon, Z. Posttraumatic stress disorder and posttraumatic growth among Israeli expows // Z. Solomon, R. Dekel / Journal of Traumatic Stress. – 2007. – № 7. – Vol. 20. – P. 303-312.

7. Staugaard, S. R., Centrality of positive and negative deployment memories predicts posttraumatic growth in Danish veterans // S. R. Staugaard, K. B. Johannessen, Y. D. Thomsen / Journal of clinical psychology. – 2015. – № 4. – Vol. 71. – P. 362-377.

8. Tedeschi R. G. Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence / R. G. Tedeschi, L. G. Calhoun // Psychological Inquiry. – 2004. – № 1. – Vol. 15.– P. 1–18.

Пустовойт М. В.

ПСИХОЛОГІЧНА БЕЗПЕКА ОСОБИСТОСТІ: ЧИННИКИ ТА ОСОБЛИВОСТІ

Дослідження особливостей набуття та підтримки стану внутрішньої психологічної безпеки має важливе теоретичне та практичне значення, адже відчуття психологічної безпеки є безперечною умовою життєвої самореалізації та продуктивної активності особистості в соціумі.

Високий рівень соціальної нестабільності українського суспільства зумовлює зростання наукового інтересу вчених до цієї проблеми. Багато дослідників вивчали саме цю тему, зокрема, І.А. Баєва [1], Т.В. Ексакусто [5], О.Ю. Зотова [2], А.Д. Тирсікова [3], Е.А. Ходаковський [4].

Але, незважаючи на низку досліджень, присвячених нашій темі, питання щодо специфіки детермінації цього особистісного утворення залишається недостатньо вивченим. Наше дослідження є особливо цікавим в контексті різних проявів психологічної безпеки, зокрема, в контексті впливу соціальної зрілості особистості на різні складові її психологічної безпеки.

Для дослідження рівня психологічної безпеки особистості ми використали опитувальник О.Ю. Зотової «Оцінка задоволеності потреби у безпеці» та тест-опитувальник «Дослідження схильності до ризику» (А.Г.Шмельова). Для того, щоб вивчити соціальну зрілість особистості ми застосували психодіагностичний комплекс, що складається з таких компонентів: тест «Смисложиттєві орієнтації» (СЖО) Д.Леонтьєва, тест-опитувальник «Самоставлення» (В.Століна), тест Г.В. Протасової «Соціально-комунікативна компетентність», опитувальник «Діагностика особистісного симптомокомплексу відповідальності» (ОДОСВ) І.А. Кочаряна.

Досить цікавим у цьому контексті є розгляд кореляційних зв'язків окремих складових психологічної безпеки з компонентами соціальної зрілості особистості, а саме такого виміру психологічної безпеки, як потреба в надійній роботі зі стабільним доходом, отже, наявність відповідних умов для продуктивної професійної самореалізації та розвитку.

Результати кореляційного аналізу засвідчують значущий вплив смисложиттєвих орієнтацій особистості на зазначений вимір психологічної безпеки, а саме чим вищою є насиченість життєвого процесу ($r=0,25$; $p\leq0,01$), тим більшою є впевненість особистості у стабільності власної професійної самореалізації.

Позитивними чинниками задоволеності потреби у стабільний професійній самореалізації є також позитивне самоставлення особистості ($r=0,25$; $p\leq0,01$) та високий рівень аутосимпатії ($r=0,25$; $p\leq0,01$), що безперечним чином впливає на її впевненість у власній здатності реалізувати індивідуальну модель професійної ідентичності в мінливому соціально-професійному просторі.

Важливими чинниками забезпечення такої потреби є також високий рівень толерантності до невизначеності ($r=0,26$; $p\leq0,01$), комунікативна компетентність ($r=0,26$; $p\leq0,01$) та наявність вираженої орієнтації на успіх ($r=0,26$; $p\leq0,01$).

Отже, отримані результати кореляційного аналізу засвідчують наявність значущого впливу соціальної зрілості на психологічну безпеку особистості, а саме наявність умов для стабільної професійної самореалізації, що зумовлена сукупністю ціннісно-смислового, емоційно-оцінного та поведінково-регулятивного компонентів соціальної зрілості. І це все пов'язано із багатоаспектністю реалізації цієї складової психологічної безпеки.

Значно більшу кількість кореляційних взаємозв'язків виявлено за аспектом задоволення в коханні та прийнятті, а саме вищезазначена складова психологічної безпеки великою мірою взаємопов'язана з усіма аспектами смисложиттєвих орієнтацій.

Так, що більше визначеними є життєві цілі особистості ($r=0,40$; $p\leq0,01$), то більшою мірою вона задоволена своїм життям ($r=0,35$; $p\leq0,01$) та реалізацією важливих життєвих завдань ($r=0,42$; $p\leq0,01$), а також власною здатністю керувати життєвими подіями та відтворювати свій життєвий сценарій

(r=0,38; p≤0,01), то більше вона схильна відчувати довіру в ситуації міжособистісної взаємодії, що позитивним чином впливає на рівень задоволення її потреби у коханні та прийнятті.

Позитивним чином на задоволення цієї складової психологічної безпеки впливають також провідні складові особистісного самоставлення, зокрема, спостережено досить помітний позитивний зв'язок інтегрального самоставлення (r=0,47; p≤0,01) та задоволеності потреби у прийнятті та коханні.

Так, що вищим є рівень самоповаги (r=0,43; p≤0,01), самовпевненості (r=0,30; p≤0,01) та аутосимпатії (r=0,35; p≤0,01) особистості, то більшою мірою вона схильна відчувати довіру у взаємодії з оточенням та більше задоволеною є її потреба у прийнятті та коханні.

Цілком логічним у цьому контексті є зв'язок шкали, що відображує очікування ставлення інших (r=0,33; p≤0,01) та задоволення потреби у прийнятті, а саме що більше особистість схильна до очікування позитивного ставлення з боку оточення, то більше вона здатна проявляти довіру у міжособистісних стосунках, що відповідним чином посилює ймовірність відповідного прийняття з боку інших людей.

Позитивним чином взаємопов'язані із зазначеною складовою психологічної безпеки такі аспекти самоставлення, як самоінтерес (r=0,34; p≤0,01), самоприйняття (r=0,25; p≤0,01), саморозуміння (r=0,27; p≤0,01) та самокерування (r=0,25; p≤0,01), що відображають здатність особистості до пізнання власного внутрішнього світу, розуміння своїх прагнень, бажань та потреб, а також уміння конструктивно керувати власними емоційними проявами, що своєю чергою продуктивно впливає на взаємостосунки з іншими людьми, які стають більше автентичними та гармонійними.

Позитивним чином на цю складову психологічної безпеки впливають також певні аспекти соціальної відповідальності особистості, а саме досліджувані, які прагнуть дотримуватись власних переконань та принципів, усвідомлюють наслідки своєї поведінки в контексті позицій інших людей та прагнуть турбуватися про інших, дбаючи про їх інтереси, відрізняються також вищим рівнем задоволення потреби в коханні та прийнятті.

Важливим чинником задоволення цієї потреби за результатами проведеного кореляційного аналізу є також певні складові соціально-комунікативної компетентності особистості, такі як комунікативна компетентність (r=0,43; p≤0,01), толерантність до невизначеності (r=0,26; p≤0,01), орієнтація на успіх (r=0,42; p≤0,01) та толерантність до фрустрації (r=0,24; p≤0,01).

Дуже важливим чинником у цьому контексті є розвиток толерантності до невизначеності, а саме прийняття власної непередбачуваності, так само і мінливості іншої людини, здатність почувати себе комфортно, гнучко реагувати на зовнішні та внутрішні зміни є безперечною умовою створення атмосфери довіри та прийняття в просторі міжособистісних стосунків.

Толерантність до фрустрації та домінуюча орієнтація на успіх забезпечують здатність особистості до успішного подолання кризових ситуацій в процесі міжособистісного спілкування, а саме вміння відновлювати стан внутрішньої цілісності та рівноваги, що є безперечною умовою задоволення потреби в коханні та прийнятті.

Отже, результати кореляційного аналізу засвідчують наявність значущого впливу ціннісно-смислового, емоційно-оцінного та поведінково-регулятивного компонентів соціальної зрілості особистості на задоволення її потреби в коханні та прийнятті.

Отримані результати свідчать про те, що більшу кількість особистісних чинників має складова психологічної безпеки, пов'язана з відчуттям прийняття та бажаності у міжособистісних стосунках, безперечною умовою чого є стан довіри, що уособлює в собі відчуття безпечності в просторі міжособистісного спілкування.

Таким чином, соціальна зрілість особистості є важливим чинником її внутрішньої психологічної безпеки, а її вплив має певну диференціацію в контексті різних складових психологічної безпеки, що зумовлено різним ступенем особистісної керованості відповідних її аспектів.

Отримані в процесі дослідження результати є важливим внеском в розробку питань психології особистості та мають бути належним чином використані під час створення відповідних тренінгових програм, спрямованих на розвиток здатності особистості до набуття та підтримки внутрішньої психологічної безпеки.

Література:

1. Баева И.А. Психологическая безопасность как интегративная категория психологического исследования // Психологическая куль тура и психологическая безопасность в образовании (Санкт-Петербург, 27-28 ноября 2003) : Материалы Всероссийской конференции. – М., 2003., с. 103-107.

2. Зотова О.Ю. Социально-психологическая безопасность личности : дис. доктора психол. наук : 19.00.05 / О.Ю. Зотова. – М. 2011. – 457 с.

3. Тырсикова, А.Д. Концептуальная модель стратегий обеспечения психологической безопасности [Текст] / А.Д. Тырсикова // Научные проблемы гуманитарных исследований. – Пятигорск: Институт региональных проблем Российской Государственности на Северном Кавказе, 2012.– №6 – С.128-139

4. Ходаковский Е.А. Системология безопасности (применение системного анализа к явлениям безопасности) Е.А. Ходаковский // Безопасность. 1997. № 7–9. С. 178–185.

5. Эксакусто Т.В., Лызь Н.А. Психологическая безопасность в проблемном поле психологии / Н.А. Эксакусто // Сибирский психологический журнал. – 2010. № 37. – С. 86-91.

Розмазнін О. П., Снігур Л. А.

ЦІННІСТЬ ЗДОРОВ'Я В КУРСАНТСЬКОМУ СЕРЕДОВИЩІ

Збереження цінностей здоров'я і сім'ї є базовою складовою національної безпеки України. Натомість штучні загрози антропогенного походження активно лобіюються засобами масової інформації і можуть бути розглянуті як частина війни. У цих умовах місія викладача вищої військової школи в збереженні морального ідеалу та сімейного еталону нації – святість життя, здоров'я людини, шлюбу з його важливою місією – вихованням дітей та створенням затишного способу життя з продовженням традицій роду та народу.

Мета нашого дослідження – виявити цінності курсантів та місце здорового способу життя серед них.

Ми використовували основні (спостереження та експеримент) та допоміжні (опитування, проективні методи, тест Келлі) методи дослідження.

Найбільш відомі такі критерії психічного здоров'я: максимальне наближення суб'єктивних образів до певних об'єктів дійсності (адекватність психічного відображення); адекватне самосприйняття; уміння зосереджувати увагу на предметі; утримання інформації в пам'яті; здатність до логічного опрацювання інформації;- критичність мислення; креативність (здатність до творчості, уміння користуватись інтелектом); знання себе; дисципліна розуму (керування думками)[1,с.26].

Основна проблема – у підвищенні національно-ментального рівня майбутніх офіцерів-випускників Військової академії у їх орієнтації на здоров'я як цінність.

За своїм віковим складом курсанти мають майже однорідну структуру, тобто від 17 до 26 років. Переважна більшість з них хлопці. Характерним є існування малих мікрогруп, в основному за своїми вподобаннями в спорті, музиці, навчанні. Стосунки між ними частіше за все нейтральні. Серед курсантів сформована особлива атмосфера взаємопов'язаних особистісних зв'язків між членами колективу і сформованими за інтересами (спортивними – 23 %, музичними вподобаннями – 44 %, навчальними – 15 %, професійними – 20 %) мікрогрупами.

Зв'язки між курсантами побудовані за ланцюжковою та круговою схемою. Групові норми знаходяться на рівні загальновизначених суспільних норм. До основного виду діяльності курсантів належить головною мірою навчання та спілкування з однолітками. Серед мотивів навчання окремо виділяємо бажання мати добрий атестат про вищу освіту, отримання професії, спілкування з друзями.

Серед курсантського колективу було проведено моніторинг. Усім запропонували написати три слова, які вони вважають головними у своєму житті. У підсумку ми отримали такі результати: найпопулярнішими відповідями були: друзі (дружба) -73 %, кохання – 53%, батьки (сім 'я) – 53%, здоров'я – 13%, щастя – 13%, освіта (навчання) -33%, свобода – 13%, футбол – 6%, ідея-6%, благополуччя – 6%, розум – 6%.

Аналізуючи ці результати, чітко видно, що головним для них є навчання та здобуття професії, але курсанти також не забувають і про своїх близьких та друзів, а інші варіанти вказують на різноманітність учнів, їх індивідуальність. Як бачимо, здоров'я становить лише 13% від отриманих відповідей, що є здебільшого наслідком того, що у цьому віці під час профілюючої дисципліни «фізичне виховання» проблеми зі здоров'ям практично відсутні.

Інша проблема в армії, що опосередковано впливає на здоров'я – це проблема комунікації. У застарілих, відживаючих інструктивно-методичних матеріалах, які створені для того, щоб виховати керівника, знайшли таку пораду: «щоб керувати емоційним станом підлеглого, керівнику варто володіти здатністю «грати лицем»: досить правдоподібно відтворювати на своєму обличчі різні психічні стани, ситуативно необхідні для користі справи (такі, як «щире співчуття», «радість», «незадоволення», тощо). Кожного наступного моменту обличчя керівника має приймати вираз, який є необхідним для справи; невміння володіти своїм обличчям завдає керівникові шкоди у його взаємовідносинах «по вертикалі». Наприклад, він розмовляє з підлеглими, яких слід висварити за якесь порушення. Якщо керів-

ник не вміє свідомо керувати власною мімікою, його обличчя прийме натуральний злий вираз. Після цього приходить інший підлеглий, якого слід похвалити за службу. Керівник артикулює приємними словами, але на його обличчі по інерції злий вираз. Підлеглий не знає чому вірити – словам чи обличчю, і у його душі народжується недовіра, яка може з часом перерости у конфлікт. Отже, керівник може досягнути результату, протилежного очікуваному. Із цієї цитати, що дає приклад інструктивно-методичного матеріалу з підготовки керівного складу, видно, наскільки важливою є увага до зовнішньої форми у поведінці. Досвід традиційного виховання ставить в основу не зовнішній фактор, а розвиток внутрішнього рівня саморегуляції, основою якого є моральність. Відсутність двозначності того, що на душі і на обличчі – основна умова мотивації служби «на совість». Правильність цього принципу стосується не тільки керівника у ситуації спілкування, а й підлеглого – у тому випадку, коли людина намагається приховати свої негативні емоційні переживання за виразом обличчя. Це обов'язково завдає шкоди її емоційному стану, а іноді і фізичному здоров'ю. В емоційній сфері під час виховання громадянина найстрашнішим є байдужість. Вона призводить до неуваги і неохайності у людських стосунках. Навіть соціально-психічний авторитаризм, що сам по собі пасивно впливає на розвиток людини і громадянина, здатен привести до прагнення свободи, а байдужість губить людську душу. Наявність байдужості, у далеко не ідеальному просторі людського життя, призводить до знищення людської особистості, а живі почуття відтворюють інтерес до життя, придають розумовій діяльності вогонь, горіння, творчий сенс. Банальність і буденність руйнує вільний вибір людиною істинного.

Таким чином, здоров'я є дуже складною для визначення категорією, що характеризує результат взаємодії індивіда та довкілля (умов його існування), головних мотивів його життєдіяльності та світосприйняття в цілому. Збереження здоров'я є наслідком виховання ставлення до свого здоров'я у сім'ї, цінності сім'ї як такої та розвитком у системі відношень власного характеру цінності здоров'я. В армійській системі важливим чинником здоров'я є система комунікації, дійсно, що «підвищення рівня здоров'я зв'язане не лише з розвитком медицини, поліпшенням харчування і т. д., а зі свідомою, розумною роботою самої людини із відновлення та розвитку життєвих ресурсів, із перетворення здорового способу життя у фундаментальний складник Я-образу» [1 с. 39].

Ненасильницький характер спілкування, взаємоповажливі відносини, авторитет особи є основою здорового спілкування.

Література:

1. Коцан І. Я., Ложкін Г. В., Мушкевич М. І. К 75 Психологія здоров'я людини / За ред. І. Я. Коцана.– Луцьк: РВВ – Вежа‖ Волин. нац. ун-ту ім. Лесі Українки, 2011.– 430 с.

2. Соколова Е.Т. К теоретическому обоснованию проективного метода исследования личности / Е. Т. Соколова // Бессознательное: природа, функции, методы исследования: в 4-х т. / Под общ. ред. А. С. Прангишвили. – Тбилиси : Мецниереба, 1978. – Т.3. – С. 3–8.

Романюк В. Л.

ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я ТА ФУНКЦІОНАЛЬНІ РЕЗЕРВИ ОРГАНІЗМУ ЛЮДИНИ

Здоров'я людини як біо-психо-соціальний феномен знаходиться в центрі уваги фахівців біології, медицини, психології, педагогіки, соціології та має відповідну кількісну та якісну характеристику, а також динамічні і системні взаємозв'язки.

Вітчизняні фахівці визначають психічне здоров'я як «стан душевного благополуччя людини, що характеризується відсутністю хворобливих психічних проявів та можливістю свідомого регулювання поведінки і діяльності» [6]. Розкриваючи зміст поняття «психічне здоров'я», ВООЗ виокремлює сім його компонентів: 1) усвідомлення постійності та ідентичності свого фізичного і психічного «Я»; 2) постійність і однаковість переживань в однотипних ситуаціях; 3) критичне ставлення до себе та своєї діяльності; 4) адекватність психічних реакцій впливу середовища; 5) здатність керувати своєю поведінкою відповідно до встановлених норм; 6) планування власної життєдіяльності та реалізація її; 7) здатність змінювати свою поведінку залежно від зміни життєвих обставин» [5, 6].

У цілому здоров'я людини суттєво залежить від функціональних резервів організму, які забезпечують ефективність різних форм діяльності, у т.ч. навчального процесу. Також здоров'я людини можна розглядати як ступінь вираженості адаптаційних реакцій, які обумовлені розвитком функціональним резервів організму [3]. Окрім того, здоров'я – це кількість функціональних резервів в організмі, а також максимальна продуктивність відповідних органів при збереженні якісних меж їх функцій [1].

На думку Миколи Амосова, «визначення здоров'я лише як комплексу нормальних показників, цілком очевидно, не досить. Науковий підхід до поняття здоров'я повинен бути кількісним. «Кількість здоров'я» – ось що потрібно» [2]. Окрім того, «кількість здоров'я можна визначити як суму «резервних потужностей» основних функціональних систем. Зі свого боку, ці резервні потужності необхідно передати через «коефіцієнт резерву» як максимальну кількість функції співвідносно до її нормального рівня» [2]. При цьому актуальною є проблема фізичної тренованості та детренованості органів і систем організму людини із врахуванням вікових і статевих особливостей.

У цілому систему функціональних резервів організму можна розділити на наступні підсистеми: 1) біохімічні резерви; 2) фізіологічні резерви; 3) психологічні резерви [1]. У свою чергу, розрізняють три ешелони фізіологічних резервів. Перший ешелон фізіологічних резервів у вигляді посилення діяльності органів включається відразу ж при переході від стану відносного спокою до звичної повсякденної діяльності. Механізмом дії першого ешелону фізіологічних резервів є сукупність безумовних та умовних рефлексів центральної нервової системи у відповідній взаємодії із ендокринною системою. Другий ешелон фізіологічних резервів включається у тих випадках, коли організм потрапляє у так звані стресові або екстремальні ситуації (змагання, граничні фізичні та розумові навантаження тощо) із суттєвим посиленням активності автономної нервової системи. При цьому додатковим механізмом дії другого ешелону фізіологічних резервів можуть бути відповідні емоції. Третій ешелон фізіологічних резервів використовується організмом тільки в боротьбі за життя. У поняття «здоров'я» входять лише перший та другий ешелон фізіологічних резервів організму людини.

У фізіології та психофізіології «резервні потужності» або функціональні резерви – це діапазон можливого рівня змін функціональної активності фізіологічних систем, який може бути забезпечений активаційними механізмами організму [7]. Функціональні резерви можуть бути пов'язані зі зміною енергетики обміну, що характерно для відповідної тканини та певного органу. Функціональні резерви системи і організму в цілому формуються завдяки перебудові систем регуляції (нервовій та гуморальній) та включенню у певну функціональну систему нових чи додаткових структур, або заміни однієї форми реакції на іншу. Функціональні резерви – це, насамперед, резерви регуляторних механізмів. Вираження функціональних резервів змінюється у процесі адаптації і тренування [7].

Оцінка функціональних резервів організму можлива через відповідні функціональні навантаження та функціональні проби. Функціональні навантаження – це пред'явлені людині навантаження (фізичні, емоційні, інтелектуальні), які викликають суттєві зміни фізіологічних функцій та призначені для оцінки функціонального стану організму, його функціональних резервів, стану фізичного і психічного здоров'я, прихованих патологічних порушень тощо [7]. Функціональні навантаження можуть бути строго дозованими та максимально можливими за інтенсивністю. Залежно від характеру функціональних навантажень їх використовують для оцінки функціонального стану організму в цілому або окремих його фізіологічних органів і систем.

Своєю чергою функціональна проба – це спеціальний вид випробування реакції організму людини в цілому або окремих його систем і органів на певне функціональне навантаження [7]. Залежно від конкретних завдань дослідження в якості навантажень під час функціональних пробах використовують дозовані навантаження на велоергометрі, різні варіанти сходження на сходинки (степ-тест), затримку дихання, зміна положення тіла в просторі, а також спеціальні завдання для оцінки швидкості перемикання уваги, функції пам'яті та мислення, швидкості переробки інформації тощо.

Отже, різні функціональні навантаження – фізіологічні та психологічні (емоційні та інформаційні) можуть бути моделями відповідно фізіологічного і психологічного (емоційного та інформаційного) стресу і додатково сприяти виявленню індивідуальних функціональних резервів організму під час різних форм діяльності, у т.ч. в умовах навчального процесу.

Окрім того, здоров'я як морфо-функціональний феномен тісно пов'язане з реактивністю організму – властивістю певним чином реагувати на зміну умов середовища існування (природного і соціального). Щодо людини, виділяють наступні форми реактивності: біологічна (видова) реактивність; групова (конституційна) реактивність; індивідуальна реактивність (фізіологічна і патологічна реактивність); специфічна реактивність; неспецифічна реактивність. Під час цього виділяють наступні реакції: адекватну за силою – нормергію, знижену – гіпоергію, підвищену – гіперергію, неадекватну – дизергію, відсутність реакції – анергію. Також існує зв'язок між реактивністю і резистентністю організму, тобто його стійкістю протидіяти патогенним чинникам.

У більшості неспецифічна реактивність організму реалізується через стрес як загальний адаптаційний синдром та супроводжується трьома стадіями: 1) стадія тривоги з відповідною фазою шоку (зниження захисних механізмів) і фазою протишоку (посилення захисних механізмів); домінують процеси катаболізму (дисиміляції); 2) стадія опору (резистентності, стійкості) – стадія ефективної адаптації до нових умов існування; домінують процеси анаболізму (асиміляції); 3) стадія виснаження – неефективність адаптаційно-компенсаторних механізмів, дезадаптація та суттєве порушення гомеостазу; домінують процеси катаболізму (дисиміляції). Таким чином, перша стадія стресу із суттєвою зміною основних показників гомеостазу характеризує у цілому стресуразливість організму людини. Друга стадія стресу, в основному, забезпечує механізми оптимальної стресостійкості організму людини через повернення до умовної норми основних показників гомеостазу. В свою чергу, третя стадія стресу свідчить про малу ефективність адаптаційно-компенсаторних механізмів та, відповідно, про суттєву стресуразливість людини.

Таким чином, стресостійкість можна визначити як вагому складову психологічних резервів організму, психофізіологічним індикатором неспецифічної реактивності та функціональним компонентом психічного здоров'я людини, які тісно пов'язані із відповідним балансом показників гомеостазу під час реалізації стадій стресу та врівноваженістю основних нервових процесів, а також активністю автономної нервової системи. А стресостійкість – це основа успішної соціальної взаємодії людини, яка характеризується емоційною стабільністю, низьким рівнем тривожності, високим рівнем саморегуляції та психологічною готовністю до стресу [4].

Таким чином, критерії психічного здоров'я людини за якісними характеристиками потребують кількісної оцінки у руслі відповідних міждисциплінарних досліджень та можуть включати наступну функціональну схему: психічне здоров'я (якісна оцінка) – психологічні резерви (функціональні резерви) – особливості стресостійкості та стресоуразливості – рівень тривожності (кількісна оцінка).

У загальному, потенціал функціональних резервів організму людини – це потенціал ефективного тренування на різних рівнях організації, у т.ч. морфологічному, фізіологічному, емоційному, когнітивному і поведінковому рівнях.

Під час цього окремої уваги заслуговує розробка та впровадження при різних формах діяльності людини ефективних антистресових технологій і стратегій, у т.ч. аутогенного тренування, біологічного зворотного зв'язку, спеціалізованої дихальної гімнастики, а також відповідних когнітивно-поведінкових стратегій, у т.ч. позитивного та саногенного мислення.

Література:

1. Агаджанян Н. А., Катков А. Ю. Резервы нашего организма. – Третье издание, переработанное и дополненное. – М. : Знание, 1990. – 240 с.

2. Амосов М.М. Роздуми про здоров'я / М.М. Амосов. – К. : Здоров'я, 1990. – 168 с., іл.

3. Практикум по психологии здоровья / Под ред. Г.С. Никифорова. – СПб.: Питер, 2005. – С. 27. – (Серия «Практикум по психологии»).

4. Психодиагностика стресса : Практикум / Составители Р.В. Куприянов, Ю. М. Кузьмина. – Казань : Изд-во КНИТУ, 2012. – С. 8.

5. Психология. Словарь / Под общей ред. А. В. Петровского, М. Г. Ярошевского. – Второе издание, исправленное и дополненное. – М. : Политиздат, 1990. – С. 407-408

6. Психологічна енциклопедія / Автор-упорядник О.М. Степанов. – К. : Академвидав, 2006. – С. 367. – (Енциклопедія ерудита).

7. Словарь физиологических терминов / Отв. ред. О. Г. Газенко. – М. : Наука, 1987. – 448 с., ил.

Сулятицький І. В.

СОЦІОПСИХОЛОГІЧНІ РЕСУРСИ БЕЗПЕКИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я УКРАЇНСТВА

Приналежність до суспільства визначають не мова і громадянство, а саме реакція на певні речі, що є прийнятними чи неприйнятними для цього соціуму, тобто система настанов та стереотипів. Для суспільства, яке розвивається, побудова, підтримка та захист символьної системи є одним з основних завдань. Руйнація символьної системи призводить до того, що суспільство опиняється на порозі свого знищення.

Тому для безпеки громадського здоров'я важливо вчасно і влучно культивувати консолідуючі ресурси до єдиності та символів: синьо-жовті перила на мостах у регіонах абсолютного попереднього нівелювання декларацій і закликів до пошани «синьо-жовтого» – Маріуполь, Гнутове, Піски чи зображення пам'ятника князеві Володимиру й текст: «*Ми – Україна! Армія боронить нашу землю, мова боронить наше серце, віра боронить нашу душу…..»*, найголовніше направлення фахового потенціалу на запобігання розладу сукупного національного здорового духу і тіла, в ядрі чого є громадське здоров'я.

Психосоцієтальні ресурси виразно значимі при шокових станах психічного здоров'я соціуму. Наприклад, війна, зокрема її багатоплощинна гібридність. Тут спрацьовує все вищенаведене. Разом з тим про те, як дбають у цивілізованих країнах про засади психічного здоров'я особистості можна виразно прослідкувати на прикладі ставлення до військових. Зокрема, у країнах з досвідом сучасної війни, наприклад Ізраїлі, навчають військових діагностувати симптоми психологічного шоку серед своїх соратників та долати їх безпосередньо на полі бою ще до того, як цей стан переросте у затяжну й важку травму [5].

Світовий досвід безапеляційно доводить, що суспільство психологічно здорове і його духовному здоров'ю нічого не загрожує за умови, коли тілесно-екологічна і духовна збалансованість притаманна всім визначальним його соціальним станам, верствам та ієрархіям.

Поняття «тілесно-екологічна» означає, що на кожну людину, безперечно, впливають різні природні, економічні, соціально-культурні, психологічні фактори, що впливають на її здоров'я. У зв'язку з цим екологія людини трактує адаптованість до нових умов як сукупність соціально-біологічних параметрів, необхідних для стійкого існування організму в конкретному екологічному середовищі. Адаптивні можливості індивіда і популяції виявляються у реальних умовах, які утворюють антропоекологічне напруження – проблеми організму людини, які спричинили дії факторів зовнішнього середовища. Його чинниками є соціально-психологічна, виробнича, побутова напруженість, гіпокінезія (порушення функцій організму внаслідок обмеження рухової активності), неправильне харчування, забруднення води і повітря, посилення шумів тощо [15].

Ми підходимо до функційного розуміння того, що сучасні етнопсихологи у тандемі з етносоціологами називають соцієтальною психікою [3; 4] психологією спільноти, соціопсихологією [8].

Соціопсихологічне – це сукупність рис і якостей, що складають соцієтальну психіку суспільства чи його конкретної частини. Предметом вивчення соцієтальної психології (societas (лат.) – спільність) є соціопсихіка, тобто проблема менталітету спільнот, етнічних груп, соціально-психологічні механізми соціальної динаміки, глибинні соціально-психологічні і духовні параметри соціуму, підсвідомі регулятивні параметри соціуму, підсвідомі регулятивні чинники соціальної динаміки, а також загальні властивості, стани та процеси соціальної психіки, тобто сукупність тих рис і якостей при наявність яких «думання і діяння багатьох (маси народу, спільноти-І.С.) постає як щось ЄДИНЕ» [10].

Найтісніше єднання людей виникає через їхню духовної однорідність, схожість душевно-духовного укладу, схожу любов до єдиного і спільного, єдину долю, яка єднає людей у житті і смерті, однакове бачення, єдину мову, єдину віру і спільну молитву. Саме таким є національне єднання людей.

Лікування після психологічного шоку у цивілізованих соціумах стало невід'ємним елементом першої допомоги. За необхідності, навіть, якщо відсутні тілесні пошкодження, солдатам надають психологічну допомогу після травматичного шоку. В силу стереотипів військові як правило відхиляли визнання потреби психологічної допомоги. Тоді як тілесні рани вважали почесними відзнаками, психологічні травми недооцінювали або, ще гірше, розглядали як вияв слабкості. Таке вузьке розуміння психічної витримки примушувало військових уникати звернень по допомогу, адже вони були переконані у тому, що зможуть подолати емоційний стрес і самостійно зберегти особисте психічне здоров'я [6]. Протягом останніх років таке розуміння психічного здоров'я у збройних силах почало змінюватися. Наприклад, Міністерство оборони США інвестувало 2,7 млн. дол. в інформаційну кампанію «Справжні воїни» («Real Warriors»), котра спрямована на заохочення військових до самостійного звернення по допомогу. Одним з найсильніших аспектів цієї кампанії стало публічне обговорення власних історій досвіду боротьби з ПТСР, якими ділилися з громадою представники керуючого офіцерського складу армії США. Політики гарантували, що проходження курсу психологічної реабілітації не ставало на заваді кар'єрі або отриманню допуску до державних таємниць [12].

Реальний приклад: Канадські збройні сили (CAF). Військовий капеллан ЗС Канади Humberto Lopez відзначив, що їхня служба як і спеціалісти інших гуманітарних служб, приділяють велику увагу психічним розладам своїх військовослужбовців та проблемам, пов'язаних з ними. «Ми часто використовуємо словосполучення ВИ НЕ САМОТНІ, коли говоримо про це. Ми добре знаємо всі труднощі, з якими стикаються наші хлопці та всебічно закликаємо їх не боятися звертатися за професійною допомогою. Ці труднощі полягають в тому, що військовослужбовці бояться осудження через наявність даної проблеми, що може мати наслідки на подальший розвиток їхньої кар'єри» [11]. Як військовий капелан Збройних Сил Канади він окреслив основні шляхи надання допомоги нашим військовослужбовцям:

1. Надаємо допомогу кожному військовослужбовцю. Допомоге членам його/її сім'ї надають через військові та приватні установи.

2. Збройні Сили Канади всебічно піклуються про психологічний стан своїх воїнів і ми, як капелани, є невід'ємною частиною вирішення цієї проблеми. Військовослужбовці можуть звернутися до нас у будь-який час.

3. Ми проводимо навчання для наших солдат на тему психологічного здоров'я та його важливості. Це допомагає їм знайти та реалізувати себе у суспільстві та налагодити стосунки з сім'єю та друзями. Яким чином ми це робимо? Ми організовуємо зустрічі, відкриті дискусії, діалоги, запрошуємо спеціалістів з різних сфер, які проводять тренінги для наших військовослужбовців. Також на допомогу нашим хлопцям приходять досвідчені та висококваліфіковані капелани.

4. Ми навчаємо наших військовослужбовців та проводимо лекції за наступними темами: «Соціальний, фізичний, психологічний, духовний добробут», «Брат за брата: програма підтримки один одного», «Попередження самогубств», «Ведення здорового способу життя та здорового харчування», «Як справлятися зі злістю в різних ситуаціях».

5. Ми готуємо та інструктуємо військовослужбовця та його сім'ю ще до відправлення на завдання за межами країни. Під час виконання місії ми проводимо спеціальні тренінги для солдат та лекції по саморозвитку. Після повернення із місії, ми проводимо реабілітаційні тренінги.

Базовими складниками такого ресурсу, на нашу думку, є три з шести факторів, що вибудовують колективну душу чи психічну єдиність «ми», це – геопсихічний, культурно-морфічний і глибинно-психологічний.

Травми війни як соціопсихологічний ресурс суспільного здоров'я у кризові періоди. Травма має подвійну природу: спочатку проявляється руйнівна сила, вона забирає здатність людини жити і радіти життю. Інша сторона, парадокс травми – її здатність зцілювати і трансформувати людину. Скільки у людини травм, стільки і ресурсів за допомогою яких вона бореться з нею [5].

Травма у цьому контексті це все те, що викликає нестерпні душевні страждання і тривоги. Психіка влаштована достатньо гармонійно і має свої механізми, які дозволяють людині у цих умовах зберегти свою цілісність і вижити. Це захист, який називають дисоціацією. Під час сильної психотравми Фрейдівські механізми є не дієвими. Тоді оптимальним є вихід із травматичної ситуації, якщо це можливо. Але у цьому випадку, якщо не виходить уникнути психотравмуючої ситуації, якась частина Я має бути видалена для того, щоб це відбулося, інтегроване Его поділяється на фрагменти або дисоціюється. [2].

Дисоціація є нормальною частиною захистів психіки від потенційного пошкодження травматичної дії. Це своєрідний фокус, який психіка розігрує сама над собою. Життя продовжується, коли нестерпні переживання розподіляємо за різними відділами психіки і тіла, а саме переводимо у несвідомі аспекти психіки і тіла. У цей момент з'являється перешкода інтеграції зазвичай єдиним елементам. У пам'яті індивіда, що пережив травматичні події, з'являються провали, для нього стає неможливою вербалізація того, що з ним відбулося [7]. У терапії людей, які пережили тяжкі психотравми робота спрямована на інтеграцію, об'єднання дисоційованих частин особистості. На відміну від психіки, яка витісняє травматичний досвід у несвідоме, тіло зберігає інформацію про травму і переживання під час неї. Наше тіло наскільки усвідомлене, що завжди знаходить спосіб повідомити, що у нас порушено [1].

Фактор капеланства, зокрема військового душпастерства. Настановча лінія практикуючих в секторі безпеки і оборони капеланів – пролог – «Бути поруч».

За висловом військового капелана ЗС Канади, вони тісно співпрацюють з соціальними працівниками, психологами та медиками. Однак капелани не встановлюють діагнози, це роблять лікарі-психіатри. Капелани співпрацюють з даними спеціалістами для загального благополуччя військовослужбовців.

Відомий керівник військових капеланів, настоятель військового Храму отець С. Сус зазначає, що у нас немає міністерства вбивства ворогів України, у нас є міністерство оборони України. І військовий капелан – це та особа, яка покликана бути біля тих людей, які обороняють чи захищають Батьківщину. І, звичайно, багато військовослужбовців, які пережили перший досвід чогось на війні, починають задумуватися над важливими фундаментальними речами людського життя [9].

Існує ще один стандартний фактор громадського здоров'я – протидія інформаційній маніпуляції, їй виверченій гібридності: (у сьогоденні – це меседжі типу «с'єданиє дєтей бандєровцами в Данєцкє» у російських ЗМІ, демарші Угорщини і Румунії щодо нового Закону України «Про освіту», польські витівки про Волинь, недавні на заяву про їх ставлення до українських святинь, раніше – Цвинтар Орлят у Львові…).

Зважаючи на подібні «сузір'я» інформаційного-психологічного обкручування думок і почуттів українського суспільства, вчені постійно стверджують, що з-поміж основних заходів, яких необхідно вжити для усунення чи нейтралізації загроз інформаційній безпеці, є ухвалення закону «Про психологічний захист населення» для регулювання негативного впливу на психологічне здоров'я людини [14, с. 63]. Таку ж рекомендацію дають і інші дослідники, які вважають нагальною потребою створення служби психологічної гігієни, яка б могла контролювати якість як політичної, так і будь-якої іншої реклами. Ця служба повинна була б мати досвідчених експертів (професійних психологів), наділених повноваженнями забороняти цілком або ж частково інформаційні PR-кампанії, здатні зомбувати людину. Такі заходи спрямовані на забезпечення психологічного здоров'я нації. Водночас ця служба не повинна бути інститутом цензури, котрий з ідеологічних міркувань просіюватиме інформацію для широкого загалу. Її основною функцією має бути забезпечення реалізації права людини на свідомий вибір [13, с. 56–59].

Підсумовуючи, доходимо висновку про те, що:

1. Соціопсихоолгічним ресурсом громадського здоров'я українства, особливо у кризові періоди, зокрема в умовах ведення теперішньої гібридної війни на Сході України є вироблення таких владно-законодавчих рішень та віднаходження механізмів такого фасцинуючого впливу на різних рівнях і в різних ланках суспільної ієрархії, які об'єднували б глибинною внутрішньо-духовною солідарністю владно-законодавчі рішення та менталітет всіх верств суспільства, активізували у них свідомість внутрішньої близькості, почуття спільності національної приналежності і соцієтальної впевненості про наявний психофізичний резерв до подолання кризових викликів і небезпек (війна, авторитет ієрархії влади).

2. У реалізації цих завдань соціопсихологічні чинники виступають психологічними передумовами оптимальної оцінки специфіки психологічного середовища скритого психодуховного потенціалу соціуму; вивчення і аналізу суспільно-психологічної обстановки, особливостей стереотипу і трансформації мислення та свідомості, своєрідностей психоінформаційного поля у тому чи тому краї, регіоні та його впливу на ефективне подолання глобальних криз, формування стійкості владного істеблішменту, мобілізаційного соціального резерву; розробки психологічних основ концепції національної безпеки та оборони; формування колективності у виховній підготовці молодого покоління, консолідованості

культурно-територіального розмаїття; формування позитивних установок у суспільній психології на розуміння спільнот них переваг у сучасному світі.

Література:

1. Бурбо Л.:Пять травм, которые мешают быть самим собой – К.:«София», 2006. – 192 с.

2. Дональд Калшед: Внутренний мир травмы: архетипические защиты личностного духа: пер. с англ. – М. : Академический Проект, 2007. – 368 с.

3. Донченко Е. А. Социетальная психика. – К. : Наукова думка,1994. – 208 с.

4. Донченко О., Єрмак В. Розбудова держави та соцієтальна психіка // Розбудова держави. – 1994. – N 2. – С. 11-16.

5. Психологічна травма і шляхи її подолання [Електронний ресурс]: – Режим доступу: http://upsihologa.com.ua/Psihologichna_travma_i_shlya-frantsuaza.html

6. Психологічне забезпечення психічного і фізичного здоров'я / Навчальний посібник: М. С. Корольчук, В. М. Крайнюк, А. Ф. Косенко, Т. І. Кочергіна. Заг. редакція М. С. Корольчука. – К.: Фірма «ІНКОС», 2002. – С. 196 – 262.

7. Стресс жизни: Сборник. / Составители: Л. М. Попова, И .В. Соколов. М., изд. Мысль, 1987, – 351 с.

8. Сулятицький І. В. Соціопсихологічні чинники виховних функцій системи військово-управлінської діяльності. Дис. канд. психол. наук (рукопис). – Київ. – Інститут психології АПН України. – 1997. – 202 с.

9. Сус отець Степан. Захисники України почувають себе незахищеними, – (інтерв'ю) 16 квітня 2018. [Електронний ресурс]:– Режим доступу : https://dyvys.info/2018 /04/16/zahysnyky – ukrayiny-pochuvayut- sebe – Nezahyshhenymy – otets-stepan-sus-interv-yu/

10. Шпет Г. Народ – произведение индивидов. // Декоративное искусство. – 1990. –№7. – С.39–40.

11. Humberto Lopez. Chaplain, (Op Canadian Armed Forces) Theme: You Are Not Alone (Ви не самотні). – Матеріали круглого столу «Гуманітарні ресурси родинам Захисників України» (капеланство, прикладна психологія, охорона здоров'я, юриспруденція). – 7 лютого 2018 року, Львів. – С.47–48.

12."Profile: Real Warriors and Resilience", Real Warriors, accessed November 24, 2015. 13.Гундертайло Ю. Д. Юнгіанський підхід до проблеми засобів масового впливу//Політична культура демократичного суспільства: стан і ерспективи в Україні. Мат. Всеукр. наук.-практ. конференції 26-27 лютого 1998 року – К.: Гнозис, 1998. – 226 с.

13. Інформаційна безпека України: проблеми та шляхи їх вирішення // Національна безпека і оборона. – 2001. – №1. – с. 60–69.

14. Екологічні фактори та їх вплив на здоров'я людини. [Електронний ресурс]:– Режим доступу : https://pidruchniki.com/1807041437988/ekologiya/ekologichni_faktori_vpliv_zdorovya_lyudini.

Федорук А. С.

ДО ПИТАННЯ ВИВЧЕННЯ ІНТЕРНЕТ-ЗАЛЕЖНОСТІ СЕРЕД МОЛОДІ (ТЕОРЕТИЧНИЙ АСПЕКТ)

Сьогодні, Інтернет започаткував нову систему соціальної взаємодії, яка інтегрує людей у єдину віртуальну спільноту, де поступово виробляються свої норми і правила, засновані на особливостях і специфіці електронного спілкування. Така соціальна взаємодія у кіберпросторі вміщує потреби, мотиви, цілі, установки користувачів, передачу і отримання інформації різними способами, її переробку, оцінку і реакцію на відповідь.

Інтернет середовище привабливе через свої унікальні особливості: широкі комунікативні можливості; відсутність впливу просторової та часової складових (співрозмовники можуть знаходитися на великій відстані один від одного, а збереження у базах даних дозволяє підтримувати спілкування незалежно від часових меж); можливість взаємодії в аудіо, відео і текстовому форматах; альтернатива реальності (реалізація у віртуальному світі потреб, включаючи ті, які з ряду причин в реальному житті реалізувати неможливо).

Однак на фоні багатьох позитивних зрушень виникла низка серйозних проблем, які, із стрімким розповсюдженням Інтернет-мережі, набувають актуальності. Серед них і питання залежності молоді від «всесвітньої павутини» та втрата інтересу до реального спілкування.

Дослідження проблеми психології залежності від Інтернету як поведінкової адикції широко висвітлено у зарубіжній науковій літературі тау працях таких вчених як: М. Шоттон, Д. Грінфілд, Дж. Грохот, К. Янг та ін. У вітчизняній психологічній науці, на жаль, ще недостатньо вивчено та висвітлено цю тему. Серед вітчизняних науковців, що присвятили свої дослідження проблемі Інтернет-залежності, слід назвати: А. Є. Войскунського, Л. В. Кулікова, Н. В. Чудову, А. Г. Асмолова, Н. А. Цвєткову, М. І. Дрепу, Ф. А. Саглам, І. Н. Розінову, А. А. Аветісову, О. Н. Арестову, Л. Н. Бабіна, Г. У. Солдатову, Е. П. Бєлінську, А. Е. Жичкіну, Н. В. Коритникову тощо.

Інтернет-залежність – це психологічний феномен, який полягає у тому, що у людини виникає нав'язливе бажання постійно перебувати у всесвітній мережі [1]. Більш точним, є визначення М. І. Дрепи, яка розглядає Інтернет-залежність як різновид технологічних адикцій, що виявляються зміщенням цілей особистості у віртуальну реальність для заповнення фрустрованих сфер реального життя [2].

Науковець А. Голдберг поряд з поняттям Інтернет-залежності використовує термін «патологічне використання комп'ютера». Це поняття розглядають у ширшому контексті, а Інтернет-адикція – як один з його видів, специфіка якого полягає у використанні комп'ютера для встановлення соціальної взаємодії [3].

У Психіатричному енциклопедичному словнику поняттям «залежність» визначає «стан людини або її поведінка, коли вона знаходиться у підкоренні іншої людини або ситуації» [4]. Залежність буває фізіологічною, якщо сам організм має потребу у певній речовині для нормального функціювання, або психологічною, якщо ця потреба має афективну природу [5]. Здебільшого та чи та залежність виникає під час активності, певної поведінки, дій, акцій, і виявляється вона у поведінці, що є характерною для певного з видів залежності [6].

В. Посохова, досліджуючи особливості Інтернет-залежної молоді, підсумувала, що у схильних до Інтернет-адикції молодих людей спостерігаємо фактичний брак тенденції до планування власного майбутнього [7].

Л. Й. Гуменюк, досліджуючи соціально-психологічні фактори Інтернет-адикції підлітків, з'ясував, що соціальна самотність, низький рівень самоконтролю і синдром дефіциту уваги та гіперактивності спричиняють появу Інтернет-адиктивної поведінки у підлітків [8].

Алтухов Н. И., Галкин К. Ю виділяють наступні причини Інтернет-залежності у підлітків [9]: відсутність або брак спілкування і теплих емоційних стосунків у сім'ї; відсутність у дитини серйозних

захоплень, інтересів, хобі, уподобань, не пов'язаних з комп'ютером; невміння налагоджувати бажані контакти із людьми, відсутність друзів.

Занурення у віртуальне середовище, як зазначає Бурова В. В, може бути обумовлено внутрішніми психологічними конфліктами, викликаними, наприклад, проблемами в особистому і сімейному житті [10]. Занурюючись у віртуальну реальність, людина ніби захищає себе від якихось проблем, тривоги чи комплексів. Віртуальний світ можна використовувати як засіб компенсації невдач. Саме віртуальний світ дає ту волю дій, волю вираження думок, почуттів і емоцій, що у реальному житті найчастіше не завжди можливі. Також мережна залежність може бути наслідком ситуацій, що травмують психіку (втрата близької людини, роботи, родини і т. д.)

Як зазначає Лабунська В. А, у процесі віртуального спілкування, переважають випадки, коли відсутня невербальна взаємодія, яка вміщує: просторову підсистему (міжособистістний простір); погляд; оптико-кінетичну підсистему (зовнішній вигляд співрозмовника, міміка, пантоміміка); паралінгвістичну підсистему (вокальні дані: діапазон, тональність, тембр голосу); екстралінгвістичну (внемовну) підсистему (темп мови, паузи, сміх та ін.) [11].

Несформованість у суспільстві культури користування сучасними технічними засобами комунікацій і недотримання елементарних правил безпечної роботи у мережі Інтернет створюють низку проблем медико-психологічного, соціального і правового характеру. Неконтрольоване і нераціональне використання Інтернет-ресурсів, їх надмірна комунікативна активність, гіперзахопленість мережевими іграми, відвідування сайтів, які не мають відношення до навчання (розважальні сайти, Інтернет-магазини, online аукціони та ін.), призводять до неуспішності у навчанні і сприяють виникненню Інтернет-адиктивної поведінки.

Під час нашого дослідження встановлено, що емпірична база дослідження Інтернет-залежності ще не достатньо сформована і потребує проведення наукових розвідок із цього розділу, тому перспективою нашої роботи стане емпіричне дослідження впливу Інтернет-залежності на життя та здоров'я підлітків на місцевому і регіональному рівні.

Література:

1. Петрунько О. Діти і медіа: соціалізація в агресивному медіа середовищі [Текст] / О. Петрунько: Монографія. – Полтава: ТОВ НВП «Укрпромторгсервіс», 2010. – 480 с

2. Дрепа М. И. Психологическая профилактика Интернет-зависимости у студентов [Текст] / М. И. Дрепа. – Ставрополь: КУБ, 2010. 277 с.

3. Интернет-зависимость: психологическая природа и динамика развития [Текст] / Ред.-сост. А. Е. Войскунский. – М. : Акрополь, 2009. – 279 с.

4. Психиатрический энциклопедический словарь / [Й. А. Стоименов, М. Й. Стоименова, П. Й. Коева и др.] – К.: МАУП, 2003. – 1200 с.

5. Шапар Б. В. Психологічний тлумачний словник. / Шапар Б. В. – Х., 2004. – 640 с. 147.

6. Куликов Л. В. Психогигиена личности. Вопросы психологической устойчивости и психопрофилактики: Учеб. пособие. / Куликов Л. В. – СПб. : Питер, 2004. – 464 с., С. 337.

7. Посохова В. Особливості життєвого планування Інтернет-залежної молоді // Психологічні перспективи. – 2004. – Вип.6. – С. 150–157.

8. Соціально-психологічні фактори Інтернет-адикції / Л. Й. Гуменюк // Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. серія психологічна. – 2013. – Вип. 1. – С. 11–20.

9. Алтухов Н. И., Галкин К. Ю. Зависимость от компьютерной виртуальной реальности // XIII съезд психиатров России : (материалы съезда). – М., 2000. – С. 285–286.

10. Бурова В. В. Социально-психологические аспекты Интернет-зависимости. – М., 2001.

11. Лабунская В. А. Экспрессия человека: общение и межличностное познание: Уч. пособ. / В. А. Лабунская. – Ростов-на-Дону: Феникс, 1999. – 608 с.

Якимчук І. Р.

АНАЛІЗ ЗАХВОРЮВАНОСТІ ТА ПОШИРЕННЯ УЗАЛЕЖНЕНЬ У ЛЬВІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Вступ. За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), «здоров'я» – це стан повного фізичного, психічного (душевного) та соціального добробуту, а не тільки відсутність хвороб і фізичних вад. Окрім цього, ВООЗ розглядає психічне здоров'я як стан добробуту, коли кожна людина може реалізувати власний потенціал, впоратися з життєвими стресами, плідно працювати, а також робити внесок у життя своєї спільноти. Отже, здоров'я як категорія, що віддзералює сукупність вищевказаних понять, стосується не тільки медицини, а й багатьох інших сфер життєдіяльності людини: екологічної, економічної та соціальної. У цьому контексті стає зрозумілим, що вивчення стану індивідуального та популяційного здоров'я потребує інтегрального підходу.

Виникає питання: хто повинен займатися проблемою формування здоров'я людини, попередженням захворювань чи питаннями його зцілення? Можливо, народні цілителі, фармацевти, сімейні лікарі, гігієністи, психіатри чи психологи. Слід зауважити, що профілактичне скерування системи охорони здоров'я у вигляді нинішнього МОЗ неефективне в тому вигляді, у якому воно існує сьогодні. У сімейного лікаря немає та найближчим часом не буде часу займатися питаннями здоров'я здорових, первинною профілактикою в повному обсязі.

Загальновідомо, що стан здоров'я людини визначають взаємодією чотирьох основних складових: спосіб життя (50%), генетика (20%), стан довкілля (повітря, вода, ґрунт, радіація тощо – 20 %), а також якістю медичного обслуговування. Зауважимо факт: медична складова системи охорони здоров'я досить обмежено впливає на основні причини захворюваності населення (до 10 %).

Мета роботи полягає у вивченні динаміки стану узалежнень серед населення Львівської області за 2015 – 2017 роки.

Методи дослідження: аналітичні, психологічні, епідеміологічні, медико-статистичні.

Результати дослідження. За оцінками експертів ВООЗ, сьогодні психічні розлади становлять 12% глобального тягаря хвороб у всіх країнах світу, а до 2020-го року на них припадатиме 15% років життя, втрачених через непрацездатність (Disability – adjusted life year – DALY).

Слід також зазначити, що сучасний стан розвитку психіатрії характеризовано широкою та продуктивною взаємодією з психологією та соціологією, педагогікою та правом, філософією й етикою, етнографією та антропологією.

Саме тому в питанні психічного здоров'я хочеться акцентувати на основних аспектах превенції узалежнень серед населення.

До узалежнень відносять:

1) залежність від психоактивних речовин (хімічна залежність): алкоголю та наркотиків, седативних і снотворних препаратів, стимуляторів і галюциногенів, тютюну та летючих розчинників.

2) залежність від прийому їжі (анорексія та булімія);

3) залежність від азартних ігор (ігроманія);

– кіно- та телевізійна залежність, комп'ютерні ігри тощо;

4) сексуальні девіації та перверсії (парафілії);

5) психостимулюючі не хімічні залежності: екстремальна та спортивна діяльність, гемблінг, клептоманія, піроманія, серійні вбивства;

6) психологічні залежності (ті, що заповнюють психологічну пустоту): накопичення, працеголізм, світські розваги, «запійне читання», фанатизм як залежність від референтної групи або лідера.

В Україні на обліку внаслідок розладів психіки та поведінки перебуває понад 1,7 млн. мешканців, із них майже 700 тис. (> 40%) – унаслідок розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю та наркотиків .

Таблиця 1

Захворюваність та поширеність на розлади психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин серед населення України

Роки	З А Х В О Р Ю В А Н І С Т Ь							
	УСЬОГО		Зокрема					
			Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю		Стан відміни з делірієм		Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин	
	абс. число	на 10 тис.	абс. число	на 10 тис.	абс. число	на 10 тис.	абс. число	на 10 тис.
2015	32587	7,6	26895	6,3	2026	0,5	3666	0,8
2016	33203	7,8	27244	6,4	2157	0,5	3822	0,9
2017	32379	7,7	26013	6,2	2301	0,5	4065	1,0

Роки	П О Ш И Р Е Н І С Т Ь							
	ВСЬОГО		Зокрема					
			Розлади психіки та поведінки внаслі док вживання алкоголю		Стан відміни з делірієм		Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин	
	абс. число	на 10 тис.	абс. число	на 10 тис.	абс. число	на 10 тис.	абс. число	на 10 тис.
2015	537385	125,7	471859	110,4	3811	0,9	61715	14,5
2016	532400	125,0	466209	109,5	3987	0,9	62204	14,6
2017	526369	124,0	459633	108,3	4263	1,0	62473	14,7

Таблиця 2

Захворюваність та поширеність розладів психіки й поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин серед населення Львівської області за 2015-2017 рр.

Роки	З А Х В О Р Ю В А Н І С Т Ь							
	УСЬОГО		Зокрема					
			Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю		Стан відміни з делірієм		Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання наркотичних та токсичних речовин	
	абс. Число	на 10 тис.	абс. число	на 10 тис.	абс. число	на 10 тис.	абс. число	на 10 тис.
2015	1931	7,8	1699	6,7	120	0,5	112	0,4
2016	1706	6,8	1512	6,0	118	0,5	76	0,2
2017	1693	6,7	1456	5,8	142	0,5	95	0,4

Роки	П О Ш И Р Е Н І С Т Ь							
	УСЬОГО		Зокрема					
			Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю		Стан відміни з делірієм		Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання наркотичних та токсичних речовин	
	абс. число	на 10 тис.	абс. число	на 10 тис.	абс. число	на 10 тис.	абс. число	на 10 тис.
2015	37653	149,5	36032	143,0	161	0,6	1460	5,8
2016	37820	150,3	36202	143,9	158	0,6	1460	5,8
2017	38055	151,3	36370	144,6	193	0,8	1492	5,9

Отже, за останні роки зафіксовано незначне зменшення показників залежних, яким уперше встановлено діагноз, та збільшення показників хворих, які перебувають під диспансерним наглядом із метою лікування.

Висновок

1. Зважаючи на нагальну необхідність розбудови системи охорони/захисту громадського здоров'я в нашій державі, слід приділити належну увагу стану психічного здоров'я населення країни.

2. За даними статистичного аналізу, захворюваність та поширеність узалежнень як в Україні, так і у Львівській області не має значних динамічних змін у бік збільшення чи зменшення. До того ж, як показує практичний досвід, кількість узалеженених пацієнтів постійно зростає.

Це може відбуватися з таких причин:

– небажання хворих ставати на диспансерний облік;

– збільшення кількості анонімних звернень;

– неконтрольованої, а часто некваліфікованої медичної допомоги пацієнтам, яку надають непрофільні «спеціалісти» (медичні працівники ШМД, інші установи, реабілітаційні центри тощо);

– низького рівня соціально-економічного життя населення.

Вищезазначене свідчить про необхідність більш детального вивчення цієї проблеми з застосуванням поглиблених методів досліджень.

Література:

1. Звіт про захворювання осіб з розладами психіки та поведінки через вживання психоактивних речовин за 2015-2017 рр. (ф.17/32 затв.наказом МОЗ від 10.07.2007. № 378.

2. Сидоров П. І. Наркологічна превенція. – 2008.

3. Концепція превентивного навчання в закладах освіти / С. В. Гордіян. – Х.: ХОІУК.

Hushchuk V., Bobkov V.

RADIOACTIVITY – AS ONE OF THE CHORNOBYL NPP PROBLEMS

Since the time of a mankind's existence, it has faced the influence of various factors, which at some level had an impact on their lives and health. Today, the impact of an anthropogenic pollution is felt both on the state of the environment and on the state of human health (at the individual and population level (Public Health).

In this context, it should be noted that nuclear energy is an important industry in our country's economy. However, given the consequences of the Chernobyl accident, a significant category of citizens, especially those living in contaminated areas, have doubts about the actual situation in determining the contamination of food, raw food materials, drinking water, soil, etc. This leads to a change in the psychological status of ordinary citizens of these territories.

After the accident at the Chernobyl Nuclear Power Plant a dominant factor was formed and strengthened in the society – "radiation is dangerous". And above all, it is implemented among the population by high expectations of a new radiation accident.

The prevalence of radiation sources and a large array of controversial information create a condition for concern for each person, mainly about the effects of radiation on his/her health.

It should be noted that the effect of ionizing radiation differs from the influence of other man-made and natural factors, because it can not be seen or felt. Information is transmitted only by the word, which estimates the quantitative energy level and the degree of its danger. Emotional effects of radio-alarm states include depression, anxiety, dizziness, post-traumatic disorders, and medically inexplicable somatic symptoms. Psychoemotional stress is added to the negative factors that have an impact on the human body in the conditions of man-made, in particular radiation pollution, to which one has to be constantly adapted, which can increase the sensitivity to the affect of these factors.

As our studies show, the perception of danger from the objects of the nuclear power complex (NPC) generates anxiety, changes perceptions of the present and planning of people's lives.

Fears of their health in the conditions of radiation exposure in the past, the belief that the disease exists, while objective data do not confirm this, is an important factor in mental disadaptation, the basis of radio anxiety. Radio anxiety is defined as the emotional and psychological state of a person in which one subjectively overestimates the objectively existing, but often insignificant health risk of radiation exposure. Given anxiety also amplify social troubles. As a result, in the public consciousness, the medical consequences of radiation risk are overestimated and the value of individual behavior for its reduction and prevention of diseases is underestimated.

The danger that is expected from radioactive contamination changes the perception and planning of people's lives, interfering the correct attitude to the phenomenon of radiation.

Therefore, the issue of studying, identifying and preventing the state of radio-alarm among the population that is affected by the consequences of the Chernobyl accident, as well as the regions where the NPC's enterprises are located, is one of the urgent and prior tasks for public health.

Liam Romas

THE FEATURES OF INTERACTION WITH SCHOOL-AGE CHILDREN WITH ADHD

Interaction with school-age children with ADHD is important. It can benefit both the teacher as well as the student. A teacher may struggle to control the classroom with disruptive behavior and a student may struggle staying attentive during the class. In school, a student is requested to pay attention and to also use organizational skills, both of which are difficult for a student with the disorder. Knowing ways to cope and address these issues will bring ease to a teacher and a student.

ADHD (Attention deficit hyperactivity disorder) is one of the most common and widespread mental disorders that affects 6-7% of people under the age of 18 (Epidemiology of attention deficit hyperactive disorder. (2018, August 10)). The mental disorder is divided into three categories: (I) Inattentive, (HI) Hyperactive-Impulsive and (C) Combined. Common traits and symptoms of ADHD include: Hyperactivity, Impulsivity, and Attention dysregulation (Symptoms). There is a lot of misleading information in the media and the internet about the condition. Many myths include that it does not exist and the disorder may be due to bad parenting. Both of these examples are false. ADHD is a real mental disorder and is highly treatable.

Children show very low academic achievement and have significant educational problems. These children have a 4-5 times' greater chance to have to use learning disability education to cope in an academic setting. They have reduced reading and arithmetic skills than other children. On top of this, they are more likely to 'drop out' or be expelled from school due to behavioral issues (Loe, M., I., Feldman, & M., H. (2007, June 14)).

In addition, there can be problematic consequences if the disorder is ignored as the affected child grows older. There is a 100% increased risk of substance abuse among teenagers that were left untreated. 79% of adults who were untreated had been reported with symptoms such as physical ailment, anxiety and depression in comparison with adults without ADHD 51%. Adults also have a higher risk of becoming addicted to tobacco 78% and more likely to use illegal drugs (58% more than adults without ADHD) (Untreated ADHD: Lifelong Risks. (n.d.)).

In 1997, roughly 600 children and parents who lived in Kyiv participated in a standardized clinical western assessment. The results were 19.8% of prevalence in the children. The children with ADHD symptoms in this research had increased rates of disruptive behavior in a family setting as well as negative mother to child interaction, the mothers had reported. In academic settings teachers classed them as more inattentive, but the HI group was rated more oppositional than students without ADHD (Comparison of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Symptom Subtypes in Ukrainian Schoolchildren. (2010, January 04)).

The two major behavioral interventions for students with ADHD are antecedent and consequence based. Antecedents, in this case, are episodes that can trigger the occurrence of a specific behavior. There are many different types of antecedent strategies which are used to stop inattention and disruptive behaviors. For instance, teachers can find ways to bring awareness to the classroom rules. Sticking a reminder note on the student's desk of the rules and giving a student more consistent praise is an example. Another powerful usage of an antecedent strategy for children with ADHD is to set short-term tasks that will seem to "reduce" the length of an assignment. These examples match the student's attention span and could slow down the disruptive behavior (DuPaul, G. (2011)).

Consequence-based strategies are more reactive unlike the proactive approach to antecedent strategies. This strategy implements positive or negative reinforcements following targeted behaviors. A negative strategy is to enforce positive behavior is to write the name of a student on the board each time the student misbehaves and to place checks next to the name each time he misbehaves again. Each consequence should be greater than the previous one (Bender, W. N., & Mathes, M. Y. (1995).

The most common intervention for behavior when working with students with ADHD is positive reinforcement. This can be in the form of tokens or praise when the student exhibits a target behavior. These tokens can be exchanged each week for access to activities the student desires. Positive reinforcement should be provided as frequently as possible and as close to the time of the occurrence as possible when using this technique as they will have difficulty consistently displaying the target behavior. Additionally, the rewards should rotate over the year and should also suit the preferences of the students so that they do not become bored with the same reinforcers (DuPaul, G. (2011)).

In conclusion, teachers should be aware of this behavior and to be willing to work with students with ADHD. Some of these symptoms may be harder to spot than the others depending on the type of category the student falls under. With this research and statistics it should become apparent children as well as teachers struggle with this disorder in a classroom setting. Knowing these two strategies as well as any further information can be helpful in regulating behaviors of disruptive children to create a more beneficial atmosphere.

References

1. Symptoms. (n.d.). Retrieved from https://caddac.ca/adhd/understanding-adhd/in-general/symptoms/

2. Epidemiology of attention deficit hyperactive disorder. (2018, August 10). Retrieved from https://en.wikipedia.org/wiki/Epidemiology_of_attention_deficit_hyperactive_disorder

3. Loe, M., I., Feldman, & M., H. (2007, June 14). Academic and Educational Outcomes of Children With ADHD. Retrieved from https://academic.oup.com/jpepsy/article/32/6/643/1021192

4. Untreated ADHD: Lifelong Risks. (n.d.). Retrieved from https://www.smartkidswithld.org/getting-help/adhd/untreated-adhd-lifelong-risks/

5. Comparison of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Symptom Subtypes in Ukrainian Schoolchildren. (2010, January 04). Retrieved from https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0890856709604196

6. Dupaul, G. J., Weyandt, L. L., & Janusis, G. M. (2011). ADHD in the Classroom: Effective Intervention Strategies. Theory Into Practice, 50(1), 35-42. doi:10.1080/00405841.2011.534935

7. Bender, W. N., & Mathes, M. Y. (1995). Students with ADHD in the Inclusive Classroom. Intervention in School and Clinic, 30(4), 226-234. doi:10.1177/105345129503000406

Siniuk D.

CONTENT OF INTERNAL PATIENT DISEASE PATTERN WITH INJURIES OF UPPER AND LOWER LIMBS

Injury in the world ranks third after cardiovascular diseases and oncology, while there is an exit to disability and mortality. Therefore, specialists are given the task of returning a person as quickly as possible to the state of the fullest possible physical, spiritual and social well-being, which allows them to participate effectively in socially useful work and contribute to the prosperity of their country.

The study of the problem of the internal picture of the disease in injuries of the upper and lower extremities is due to the need to take into account the role of personal activity in the development, course and outcome of the disease, which is of great importance for the correct and timely resolution of issues of diagnosis and treatment, as well as for the adequate construction of rehabilitation measures which is the psychotherapeutic correction of the distorted subjective reflection by the patient of the manifestations of his illness.

The specificifics of the content of the internal picture of the disease in patients with injuries of the upper and lower extremities is practically not described in the literature, which makes it difficult to provide them with an adequate level of psychological and medical care. The existing problem arises not only during the period of injury, but also after a time when contractures of the corresponding joints develop after the removal of long-term immobilization.

The stated topic is relevant both for doctors and psychologists, who plan to engage in rehabilitation activities in medical institutions, health centers, as well as engage in teaching activities in higher and secondary educational institutions.

In modern clinical psychology, the inner picture of the disease is understood as a purely individual system of sensations, emotional experiences and thoughts (judgments) that determine the attitude of the patient to the impairment of health and the behavior associated with it [1].

Speaking with the patient, collecting information about the disease, discussing the tactics of treatment one should remember that the doctor and the patient treat the illness from different perspectives, and this often becomes an obstacle in achieving mutual understanding, leads to dissatisfaction with the results of treatment, and sometimes to poor health.

The position of the patient is different because only he feels the sensations (pain, discomfort, itching) that are caused by the disease and he cannot be indifferent to the disease, because he feels threatened and impaired by his basic needs. Each patient also has his own unique life experience, individual baggage of knowledge, convictions and delusions developed during his life, a set of usual strategies for coping with stress, and this forces him to form his own position regarding the health disorders that we call the inner picture of the disease.

To determine the content of the internal picture of the disease of the patients with injuries of the upper and lower extremities, we used a personal questionnaire from the Bekhterevsky Institute (LOBI), a questionnaire to study the relationship of a person to his disease, modified for somatic patients [2]. 60 people participated in this study: 30 patients with injuries of the upper extremities and the same number of patients with injuries of the lower extremities. The study was conducted in Brest Polyclinic № 3.

First of all, let us analyze the results obtained using the LOBI personal questionnaire. It should be noted that during the processing of sixty questionnaires, we have diagnosed the most diverse types of attitudes towards the disease; only apathetic and melancholic types were not registered. For the convenience of processing the material, they were combined into four blocks, presented in Table 1. The first includes those in which social adaptation (the harmonic, ergopathic and anosognosic types of attitudes towards the disease) are not significantly impaired.

The second block includes the types of attitudes towards the disease, causing mental maladjustment and having mainly intrapsychic orientation reactions to the disease (anxiety, hypochondria, neurasthenic, melancholic and apathetic). In the third – the types of attitudes towards the disease, which also lead to disadaptation,

but differ in interpsychic orientation of the response (obsessive-phobic, paranoiac, egocentric, euphoric, sensitive). For the second block, suffering and psychological problems of the patient himself are more common, and for the third – suffering of the environment. In the fourth block, we attributed mental disadaptation with an intrapsychic and interpsychic orientation.

Table 1

Attitude towards the disease of the patients with traumas

Blocks of attitude towards the desease	Patients with injuries	
	of the lower limbs (n=30), %	of the upper limbs (n=30), %
adaptation is not essentially broken	3 (10 %)	6 (20 %)
mental disadaptation with intrapsychic orientation	6 (20 %)	1 (3,3 %)
mental disadaptation with interpsychic orientation	15 (50 %)	21 (70 %)
mental disadaptation with ambivalent (intrapsychic and interpsychic orientation)	6 (20 %)	2 (6,7 %)

As follows from this table, half of the respondents with injuries of the lower limbs and the majority of patients with injuries of the upper limbs showed mental disadaptation with an interpsychic orientation. At the same time, mental disadaptation with an intrapsychic orientation in patients with injuries of the lower limbs occurs six times more often. In general, out of sixty patients with injuries of the upper and lower limbs, only nine (15 %) did not have a significant adaptation disorder, fifty-one patients had a violation, which accounted for 85 % of the sample. At the same time, adaptation is not significantly impaired in one tenth of patients with injuries of the lower limbs and one fifth of the respondents of the second group.

At the next stage of our analysis, we will consider data assessing the effect of the disease on different areas of the social status of patients (see table 2).

Table 2

The effect of the disease on different areas of social status of patients

Spheres of influence of the disease	Patients with injuries	
	of the lower limbs (n=30), %	of the upper limbs (n=30), %
the feeling of strength and energy loss	21 (70 %)	10 (33 %)
deterioration of family relationships	6 (20 %)	2 (6,7 %)
rejection of pleasure	11 (36,7 %)	11 (36,7 %)
deterioration of the relationships at work	7 (23,3 %)	2 (6,7 %)
lack of free time	9 (30 %)	7 (23,3 %)
inability to promote	13 (43,3 %)	9 (30 %)
decrease in physical attractiveness	3 (10 %)	0
forming of the sense of disability	9 (30 %)	4 (13,3%)
lack of communication	3 (10 %)	1 (3,3 %)
material damage	23 (76,7 %)	22 (73,3 %)

We found out that the majority of respondents in both groups suffer material damage. The feeling of strength and energy loss of patients with injuries of the lower extremities is observed in 70 % of cases, and this is 2 times more often than in patients with injuries of the upper extremities. 43,3 % of patients with injuries of the lower extremities and 30% of patients with injuries of the upper extremities are worried about the inability to get a promotion. One fifth of the respondents of the first group and 6,7 % of the respondents of the second group indicate a deterioration in family and work relationships. However, some respondents feel the lack of free time. The decrease in physical attractiveness is noted only by one tenth of the first group of respondents. Sometimes patients experience lack of communication due to injuries (10 % of patients with injuries of the lower limbs and one patient with injury of the upper limb). All this leads to the formation of their feelings of inferiority.

Thus, we found that the adaptation was not significantly impaired in one tenth of patients with injuries of the lower limbs and one fifth of the respondents in the second group, which, in our opinion, testifies to their adequate attitude to the disease. They soberly assess their condition without a tendency to exaggerate its severity and without reason to see everything in a gloomy light, but without underestimating the severity of the disease. They are characterized by the desire to actively contribute to the success of treatment in everything, the unwillingness to burden others with self-care, and in the case of disability – by switching interests to those areas of life that remain accessible to the patient. Of course, such an internal picture of the disease does not at all mean a complete coincidence of the opinions of the doctor and the patient; it does not imply the absence of a contradiction in their interests. Its study is as useful for effective medical practice as the analysis of disharmonious models. This model is the lucky case when the patient and the doctor together can reach the maximum in correcting all the existing disorders.

The majority of respondents with injuries of the upper and lower limbs revealed mental maladjustment of various contents, which indicates their inharmonious reaction to the disease. Numerous psychological problems are found among these patients, which only exacerbate their physical suffering. Such behavior of patients sometimes leads to a deterioration in relations with others, especially close ones.

Literature:

1. Kagan, V.E. Internal health picture – term or concept / V.E. Kagan // Questions of psychology. – 1993. – № 1. – P. 86–88.

2. Valitova, I.E. Clinical psychology: training and metodology complex / I.E. Valitova; Brest State A.S. Pushkin University. – Brest: BrSU, 2011. –160 p.

Станибула С.

ІНТЭЛЕКТУАЛЬНАЯ СФЕРА ЯК РЭСУРС ПЕРААДОЛЕННЯ СКЛАДАНЫХ ЖЫЦЦЁВЫХ СІТУАЦЫЙ

Праблеме копинг-паводзін прысвечана вялікая колькасць навуковых прац. Даць рады паводзіны отраженно ў працах такіх спецыялістаў як L. Murphy, R.S. Lazarus, N. Haan. Можна казаць, што ў сучасных рэаліях ключавым так у тэарэтычным і практычным аспектах ключавым выступае актуалізацыі розных кампанентаў асобы выступоўцамі пэўнымі рэсурснымі кампанентамі пераадолення складаных жыццёвых сітуацый, сем'яў-ных і вытворчых стрэсаў і г.д. У дадзенай працы зроблена спроба тэарэтыка-метадалагічнага аналізу і актуалізацыі інтэлектуальнай сферы як аднаго з фундаментальных і ключавых даць рады паводзін. На нашу думку ад узроўню развіцця інтэлектуальнай сферы залежыць спецыфіка і структура даць рады паводзін, а ў прыватнасці яго адаптыўнасць, мабіль-насць, варыятыўнасць і шырыню, а гэтак жа іншыя катэгарыяльныя характарыстыкі даць рады паводзін.

Шэраг аўтараў разглядае феномен «копинга» як тэндэнцыйны Дзіна-хімічныя працэс псіхікі па ліквідацыі праблем з мэтай аптымізацыі эма-нальна стану. У прыватнасці ў такім кантэксце разглядаў копинг R.S. Lazarus вызначаючы яго як «імкненне да вырашэння праблем, якое прад-прымае індывід, калі патрабаванні маюць вялікае значэнне для яго хороше-га самаадчування (як у сітуацыі, звязанай з вялікай небяспекай, так і ў сітуацыі, накіраванай на вялікі поспех), паколькі гэтыя патрабаванні актывуйце-ют адаптыўныя магчымасці» [1, с. 34]. Ключавым можна вылучыць дыспазіцыя-онный падыход (S.M. Miller, B.A. Пэры) вызначае ўзаемасувязь копинг-паводзінаў з рысамі асобы. Прадстаўнікі дадзенага падыходу сцвярджалі, што многія асобасныя зменныя ўплываюць на выбар тыпалогіі са-валодаю паводзін [2, 3]. У прыватнасці ключавой асобаснай катэгорыяй вы-ступае асаблівасці, структура і ўзровень развіцця інтэлектуальнай сферы асобы.

У эмпірычных даследаваннях Band E.B., Weisz J.R. вызначылі, што справіўся паводзіны істотным чынам залежыць ад кагнітыўнага развіцця асобы, а ў прыватнасці ад розных дынамічных катэгорый інтэлектуальнай сферы асобы [4]. Істотным пацвярджэннем дадзеных аспектаў паслужылі даследаванні М. А. Халоднай і А. А. Алексапольского, якія правёўшы серыю даследаванняў прысвечаных вывучэнню сувязяў інтэлектуальных здольнасцяў (кагнітыўных, метакогнитивных, акадэмічных, паняткавых) з выбарам стратэгій совладания прыйшлі да высновы што асобы з больш высокімі паказчыкамі інтэлектуальнай прадуктыўнасці, нароўні з праблемна-арыентаванымі стратэгіямі, актыўна выкарыстоўваюць эмацыйныя і сацыяльныя стратэгіі совладания. Інтэлектуальная сфера з'яўляецца свайго роду псіхалагічным рэсурсам, які забяспечвае мабільнасць і варыятыўнасць даць рады паводзін [5].

І. М. Мікольская і Р. М. Граноўскай вызначалі, што дзеці малодшага школьнага ўзросту з нізкім узроўнем інтэлекту часцей выкарыстоўваюць сацыяльна неодобряемые стратэгіі афектыўнага характару [6].

С. А. Хазава падкрэслівала, што асобы з высокім узроўнем інтэлектуальнага развіцця і здольнасцю нестандартна выкарыстоўваць свае інтэлектуальныя здольнасці выкарыстоўвалі больш шырокі набор копинг-стратэгій і ў большасці выпадкаў паспяхова спраўляюцца са стрэсавымі сітуацыямі [7]. Гэта пацвярджаюць працы Т.Л.Крюковой якая ў сваіх эмпірычных даследаваннях адзначала што справіўся паводзіны звязана з такім аспектам інтэлектуальнай сферы асобы як крэатыўнасць [8]. Крэатыўнасць выспупает адной ключавой катэгарыяльнай компонетой выспупающей як спосаб актуалізацыі мабільнасці і адаптыўнасць даць рады паводзін.

Е.Р.Исаева у прыватнасці выявіла ўзаемасувязь даць рады паводзінаў з кагнітыўнай сферай асобы, яе даследавання хворых шызафрэнію досыць дэталёва паказалі, што рэпертуар копинг-стратэгій ў

хворых дадзенай катэгорыі мае свае спецыфічныя асаблівасці, якія характарызуюцца ў больш частым выкарыстанні адных копинговых стратэгій і дэфіцыце іншых [9].

Т.В. Карнілава адзначала, што такія віды інтэлекту як акадэмічны (вербальны) і практычны інтэлект узаемазвязанасці з копинг-стратэгіямі асобы. Да прыкладу людзі з найбольш развітым практычным інтэлектам адрозніваюцца недастатковай скіраванасцю на прадуктыўнае дазвол праблем. Істотную ролю ў выбары таго ці іншага копинг-паводзінаў гуляе з целевыеориентации ў навучанні і паспяховасць [10. с, 56].

Такім чынам, у сучасных тэарэтыка-практычных даследаваннях ўстаноўлена выразная ўзаемасувязь даць рады паводзінаў з кагнітыўнай сферай асобы ў прыватнасці можна дэталізаваць такую тэндэнцыю, што чым вышэй інтэлектуальны ўзровень развіцця, тым больш шырокі і разнастайны набор копинг-стратэгій даступны асобы. Нізкі інтэлектуальны ўзровень прадугледжвае выкарыстанне больш рыгіднасць і прадказальных сістэм даць рады паводзін. Кагнітыўная сфера выступае пэўным рэсурсам забяспечваюць мабільнасць і варыятыўнасць даць рады паводзін. Кагнітыўная сфера на нашу думку выступае адным ключавых рэсурсаў даць рады паводзін.

Літаратура:

1. Lazarus, R.S. Psychological stress and the coping process / R.S. Lazarus. – New York: McGraw, 1966. – 258 p.

2.Станибула, С.А. Псіхалогія даць рады паводзін: стан і перспектывы / С. А. Станибула // Весці Гомельскага дзяржаўнага універсітэта імя Ф. Скарыны. – № 2 (95), 2016. – С. 52-57.

3.Станибула, С.А. Сучасныя тэарэтычныя канцэпцыі ў даследаванні даць рады паводзінаў / С. А. Станибула // Праблемы кіравання. – № 2 (59), 2016. – С. 50-53.

4. Band, E.B., Weisz, J.R. How to feel better when it feels bad: Children›s perspectives on coping with everyday stress / E.B. Band, J.R. Weisz // Development Psychology. – 1988. – Vol.24. – № 2. – P. 247-253.

5. Халодная, М.А., Алексапольский, А.А. Інтэлектуальныя здольнасці і стратэгіі совладания / М.А. Халодная, А.А. Алексапольский // Псіхалагічны часопіс. – 2010. – № 31 (4). – С.59-68.

6. Мікольская, І. М., Граноўскай, Р. М. Псіхалагічная абарона ў дзяцей / І. М. Мікольская, Граноўскай, Р. М. – СПб .: Гаворка, 2000.. -342с.

7. Хазава, С. А. Роля кагнітыўных фактараў у совладании з жыццёвымі цяжкасцямі. Даць рады паводзіны: Сучасны стан і перспектывы. (Інтэграцыя акадэмічнай і ўніверсітэцкай псіхалогіі) / С. А. Хазава // пад рэд. А. Л. Журавлёва, Т. Л. Крюковой, Е. А. Сергіенка. – М .: «Інстытут псіхалогіі РАН», 2008. – 474 с.

8. Крюкова, Т.Л. Псіхалогія даць рады паводзінаў / Т.Л. Крюкова // Кастрама .: КГУ ім. Н.А. Някрасава, 2004. – 232 с.

9. Ісаева, Е.Р. Копинг-механізмы ў сістэме прыстасоўвальных паводзін хворых на шызафрэнію / Е.Р. Ісаева: аўтарэф. дыс ... докт. псіхал. навук / Е.Р. Исаева.- СПб 1999. – 40 с.

10. Карнілава, Т.В. Інтэлектуальна-асобасны патэнцыял чалавека ў стратэгіях совладания / Т.В. Карнілава // Веснік Маскоўскага універсітэта. – 2010. – № 1. – С. 46 – 57.

Uchto-Żywica B.

PSYCHOLOGICZNE ASPEKTY CHORÓB NOWOTWOROWYCH
PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF CANCER

Choroba nowotworowa to w obecnych czasach bardzo poważna choroba dziesiątkująca ludzi, zarówno małe dzieci jak i ludzi starszych. Na nowotwory chorują też zwierzęta i rośliny. Wciąż nie do końca znane są jej przyczyny, nie ma też skutecznych sposobów leczenia. Wiele się mówi o profilaktyce, choć w wielu przypadkach i ona zawodzi i chorują ludzie, którzy przez całe swoje życie prowadzili higieniczny tryb życia, dbali o zdrowe odżywianie i odpowiednią ilość wypoczynku. Mimo, że dużo już wiadomo o medycznej etiologii nowotworu, nadal więcej jest pytań i wątpliwości, niż odpowiedzi. Coraz więcej mówi się również o aspektach psychologicznych tych chorób.

W poniższym artykule dokonano próby usystematyzowania aktualnej wiedzy na temat wybranych zagadnień z obszaru psychologii, dotyczących chorób nowotworowych.

Wstępem do rozważań psychologicznych było przedstawienie obowiązującej klasyfikacji medycznej, w której nowotwory podzielone zostały na choroby złośliwe, półzłośliwe oraz niezłośliwe. Według aktualnej wiedzy najgroźniejsze są nowotwory złośliwe, które w powszechnym użyciu nazywane są „rakiem". Ten typ nowotworu charakteryzuje się dużą złośliwością i przerzutami oraz bardzo słabo rokuje w leczeniu. Wydaje się więc, że ten rodzaj choroby powinien być szczególnie mocno poddany intensywnym badaniom, zarówno w rozumieniu medycznym jak i psychologicznym.

Podobnie jak w przypadku innych trudnych i nierzadko przewlekłych chorób, szczegółowo omówiono następujące po sobie etapy oswajania się z zaistniałą sytuacją zdrowotną, przedstawiono możliwe reakcje emocjonalne oraz występujące mechanizmy obronne. W holistycznym rozumieniu nowotwory dewastują i uszkadzają organizm w znaczeniu medycznym – jako jednostka chorobowa, ale również angażują i wyczerpują zasoby psychiczne człowieka. Istotne zmiany zachodzą także w życiu rodzinnym nierzadko redefiniując podstawowe role rodzinne czy systemy wartości.

W artykule zaprezentowano klasyfikacje i modele teoretyczne będące efektem pracy badawczej przede wszystkim lekarzy i psychologów zdrowia, psychoonkologów oraz psychoterapeutów. Współcześnie choroba nowotworowa jest ujmowana wieloaspektowo, co oznacza, że jej leczenie powinno obejmować zarówno ciało jak i umysł – psychikę. Choroba jest bardzo ważną częścią życia pacjenta i wprowadza w nim istotne zmiany. Po usłyszeniu diagnozy pacjent powinien się z nią oswoić i przyjmuje wybraną strategię. Zależy ona w dużym stopniu od jego poprzednich doświadczeń, przebytych hospitalizacji, wsparcia rodzinnego, uznawanego systemu wartości i innych ważnych dla pacjenta czynników. Od przyjęcia wybranej postawy w dużej mierze zależy jego dalsze leczenie, komunikacja z personelem medycznym oraz wola walki. Dla niektórych może być początkiem nowego etapu w życiu, pewnym punktem zwrotnym inicjującym kolejne zmiany. Dla innych jest największą traumą i upadkiem, z którego trudno się podnieść.

Uogólniając, można chorobę uznać jako:

• Przeszkodę – bo rodzi to postawę walki i aktywności gdyż choroba uznana została jako wyzwanie i wróg, który należy pokonać.

• Stratę – postrzeganie choroby jako wielkiego nieszczęścia w życiu, rodzi przygnębienie i lęk. Często związane jest z upośledzeniem czynności jakiegoś narządu, ze zniekształceniem lub z jego utratą w wyniku choroby.

• Ulgę – choroba to usprawiedliwienie wobec siebie i innych, uwalnia od obowiązków i odpowiedzialności. Może rodzić bierność u pacjenta i szybkie pogodzenie się ze swoim losem.

• Korzyść – choroba w tym przypadku jest dla pacjenta sposobem uzyskania wielu potrzeb, w tym potrzeby akceptacji i zainteresowania. Może być przez pacjenta przyjmowana jako wielki dar od losu.

• Wartość – dla wielu pacjentów choroba oznacza ogromny przełom w ich życiu i może stać się wartością samą w sobie – rodzajem bohaterskiego cierpienia i dystansem wobec przyziemnych spraw

Przyjęcie konkretnej postawy, która też może ulegać zmianom w procesie choroby, uwalnia wiele emocji i wpływa na tworzenie przez pacjenta subiektywnego obrazu choroby. Sfera psychiczna choroby obejmuje takie ważne aspekty jak:

– przeżywane przez pacjenta emocje, w tym głównie silny lęk biologiczny, egzystencjalny,

– etapy przeżywania choroby i kolejne stadia oswajania się z nią,

– subiektywny obraz choroby czyli to co buduje jej reprezentację poznawczą, jakie są źródła zbierania informacji o chorobie, jaki jest wpływ mediów oraz w konsekwencji- jak wpływa to na pacjenta i jego leczenie,

– psychologiczne mechanizmy obronne radzenia sobie z chorobą, np. racjonalizacja czy wyparcie,

– postawy chorego wobec stanu zdrowia oraz motywację do leczenia,

– psychoterapię i inne metody wspierania psychologicznego, powstawanie grup wsparcia dla pacjentów oraz ich rodzin, które funkcjonują w sytuacji dużego stresu.

Choroba nowotworowa wymaga leczenia interdyscyplinarnego, stąd też coraz większą rolę w jej leczeniu pełni psycholog lub psychoonkolog. Powstają również grupy wsparcia dla chorych i rodzin pacjentów onkologicznych. W pracach badawczych podejmowane się też inne ważne aspekty psychologiczne, takie jak radzenie sobie ze stresem czy znaczenie stresu w etiologii choroby onkologicznej, analiza wzoru osobowości typu C i podatności psychicznej. Wiele prac poświęcono technikom wspierania oraz psychoterapii (np. choreoterapii). Niezwykle ważnym problemem jest komunikacja z pacjentem onkologicznym i właściwe przekazywanie informacji o chorobie, motywowanie do leczenia i dostosowanie poziomu informacji do wiedzy pacjenta. Artykuł jest zatem tylko wstępem do dalszych rozważań na temat wieloaspektowej opieki nad pacjentami onkologicznymi, obejmującej zarówno samego chorego jak i rodzinę.

Секційне засідання № 3

«ПРОМОЦІЯ ЗДОРОВ'Я, ФІЗИЧНА КУЛЬТУРА, ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ»

Булгаков О. І.

АНАЛІЗ ОЗДОРОВЧОГО ТА ВИХОВНОГО ВПЛИВУ СУЧАСНОЇ СИСТЕМИ ШКІЛЬНОГО ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ НА УЧНІВ ЗАГАЛЬНООСВІТНІХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ

За останні роки стан фізичного здоров'я учнів загальноосвітніх навчальних закладів України має стабільну тенденцію до погіршення. На сьогодні захворюваність серед учнів загальноосвітніх шкіл України сягає 64 – 71% [1; 3]. Така тенденція обумовлена недостатнім обсягом рухової активності учнів, перевантаженістю шкільної програми та впливом різних соціальних факторів [3]. Очевидно, що для забезпечення оптимального обсягу рухової активності учнів загальноосвітніх шкіл потрібне комплексне використання усіх форм шкільного фізичного виховання (урочної, позаурочної, позакласної, позашкільної) [2]. Про це ж свідчить і ряд нормативно правових документів, в яких регламентуються засоби, форми, зміст та порядок проведення уроків [2], фізкультурно-оздоровчих заходів, які проводяться в режимі навчального дня (ранкова гімнастики, фізкультурні хвилинки та паузи, години фізичної культури в групах продовженого дня) та інших форм шкільного фізичного виховання.

Аналіз спеціальної літератури [2, 3] свідчить про те, що основною формою організації навчально-виховного процесу з предмету фізична культура, є урочна форма. Як зазначає В. Сутула [3], урок фізичної культури, за умови активної та свідомої участі учнів, здатний забезпечити формування в них потреби в здоровому, фізично активному способі життя, створити сприятливі умови для формування знань умінь та навичок самостійно використовувати засоби фізичного виховання з метою фізичного та духовного удосконалення, сприяти зміцненню здоров'я учнів і підтримувати належний рівень їх фізичної підготовки. Разом із тим, урок є лише початком усієї складної системи фізичного виховання, який визначає основний зміст та напрямок інших форм (позаурочних і позашкільних) цієї системи і забезпечує формування в учнів знань умінь та навичок для їх активної та свідомої участі в процесі використання позаурочних та позашкільних форм шкільного фізичного виховання.

Однією із таких форм є фізкультурні хвилинки й паузи. Дослідження провідних педагогів [1, 2, 3] свідчать про те, що використання фізкультурних хвилинок забезпечує відновлення в школярів розумової працездатності, знижує статичне навантаження, перешкоджає порушенню у них постави. Разом із тим, не зважаючи на теоретичне обґрунтування значення цієї форми, практично не доведена роль та місце фізкультурних хвилинок в загальноосвітніх навчальних закладах, не вивчено ставлення учнів та вчителів до цієї форми фізкультурно-оздоровчих заходів, не розроблені механізми залучення учнів до самостійного використання фізкультурних хвилинок в режимі навчального дня та у повсякденному житті.

Методика проведення досліджень. Для вирішення сформульованих вище завдань у 2017 навчальному році у двох міських та двох сільських школах Вінницької та Житомирської областей нами було проведено спеціальне соціологічне дослідження. У процесі дослідження було опитано 637 учнів 5 – 11 класів. При цьому використовували анкету закритого типу, яка містила дві групи запитань. Перша група дозволяла визначити: ставлення учнів до уроків фізичної культури та фактори що впливають на формування в учнів інтересу до занять фізичною культурою. Друга група запитань дозволила з'ясувати: а) стан практичної реалізації фізкультурно-оздоровчих заходів які проводяться в режимі навчального дня (ранкова гімнастика, фізкультурні хвилинки, фізкультурні перерви) та ставлення учнів до цієї форми шкільного фізичного виховання.

Результати дослідження. Аналіз матеріалів проведеного дослідження свідчить про те, що більшість учнів 72,5 % (середній груповий показник по усій вибірці) позитивно ставляться до уроків фізичної культури. Разом із тим, слід звернути увагу на те, що в процесі навчання в школі з п'ятого по одинадцятий клас в учнів спостерігаємо тенденцію зниження інтересу до занять фізичною культурою. Так, наприклад, якщо у п'ятих класах кількість учнів, які з великим бажанням ідуть на урок фізичної культури, становить 84 %, то у дев'ятих класах таких учнів уже – 66,8 %, а у одинадцятих – 56,7 %.

Матеріали проведеного дослідження дозволили також визначити основні мотиви відвідування учнями уроків з фізичної культури. Встановлено, що найбільш значущим фактором що мотивує учнів відвідувати уроки фізичної культури є бажання покращити рівень свого здоров'я, цьому мотиву віддали перевагу 24,3 % учнів, підвищити свою фізичну підготовку, на що указали 19,7 % учнів та цікаво провести час, з цією метою відвідують уроки 22,7 % учнів. Слід звернути увагу і на те, що важливим мотивом який спонукає учнів п'ятих-одинадцятих класів відвідувати уроки з фізичної культури є уникнення неприємностей у зв'язку із пропуском занять, на що указали 18 % від загальної кількості опитаних учнів.

Результати проведеного дослідження показали, що велика частина учнів 18,9 % (середній груповий показник по усій вибірці) пропускають заняття без поважної причини. При чому спостерігається тенденція збільшення кількості таких учнів у процесі навчання у школі. Так наприклад, якщо у п'ятих класах таких учнів – 7,5 %, у дев'ятих класах їх уже – 28,3 %, а у одинадцятих – 34,7 %.

Як свідчать результати матеріалів проведеного дослідження основними причинами, які зумовлюють пропуск учнями уроків фізичної культури є різні захворювання, на що указала переважна більшість 22,1 % (середній груповий показник) учнів 5–11 класів та «через те, що не цікаво» що підтвердило 18,2 %. Необхідно відмітити, що найбільше учнів, які пропускають уроки фізичної культури через те що їм не цікавий цей предмет, це учні старших класів, про що свідчать результати їх відповідей. Результати проведеного дослідження свідчать також про те, що для незначної частини учнів 5,7 % причиною пропуску уроків фізичної культури є погане ставлення до них учителя з цього предмету.

Аналіз матеріалів проведеного дослідження спрямованого на з'ясування особливостей практичної реалізації в школах фізкультурно-оздоровчих заходів показав, що у школах, м. Вінниці та м. Житомира, ці заходи практично не проводяться. Так лише 38,5 % учнів школи міста Вінниці – та 36,9 % учнів школи міста Житомира вказали на те, що ці заходи у їхній школі проводяться систематично. У сільських школах Вінницької та Житомирської областей кількість учнів які вказали на те, що у їхній школі проводяться фізкультурно-оздоровчі заходи є ще меншою, відповідно 27,1 %, та 21,3 %.

Матеріали соціологічного опитування дозволили також встановити, що найменш регулярно фізкультурно-оздоровчі заходи проводяться у старших класах. При цьому, така тенденція спостерігається у всіх школах в яких проводилось дослідження. Проведений аналіз матеріалів соціологічного опитування дозволив встановити, що незважаючи на те, що у школах в яких проводилось дослідження фізкультурно-оздоровчі заходи практично не проводяться, переважна більшість учнів цих шкіл – 86,2 % знають, що виконання фізкультурно-оздоровчих заходів впливає на підвищення у них розумової працездатності, та запобігає виникненню різних порушень постави. Важливо також відмітити, що велика частина учнів – 65 % (середній груповий показник по всій вибірці) вказали і на те, що вони хотіли б, щоб у їхній школі систематично проводились фізкультурно-оздоровчі заходи.

Разом із тим звертає на себе увагу той факт, що в процесі навчання в школі з п'ятого по одинадцятий клас зменшується кількість учнів, які хотіли б щоб у їхній школі проводились фізкультурно-оздоровчі заходи.

Так, наприклад, якщо в п'ятих класах таких учнів – 78,2 % у місті Вінниці, 93,9 % у місті Житомирі, то у дев'ятих класах їх, відповідно, 63,9 % та – 47,6 %, а у одинадцятих класах, відповідно, 48,5 %, та 38,2 %. Така ж в цілому ситуація спостерігається і у сільських школах Житомирської та Вінницької областей. Проведений аналіз вказує на існування загальної тенденції, яка свідчить, що за роки навчання в школі інтерес учнів до фізкультурно-оздоровчих заходів, які проводяться в режимі навчального дня зменшується.

Література:

1. Булгаков О.І. Особистісна фізична культура як одна із граней гармонійно розвиненої людини / О.І. Булгаков // Фізична культура, спорт та здоров'я нації: збірник наукових праць. Випуск 1 Вінницький державний педагогічний університет імені Михайла Коцюбинського; Житомирський Державний університет імені Івана Франка – Вінниця – 2016 – В №1 – С 15–21.

2. Поташнюк І. Стратегія зміцнення здоров'я підліткового населення України в сучасних соціально-економічних умовах / І. Поташнюк // Фізична культура, спорт та здоров'я нації: збірник наукових праць. Випуск 1 Вінницький державний педагогічний університет імені Михайла Коцюбинського; Житомирський Державний університет імені Івана Франка – Вінниця. – 2016. – № 1. – С. 146–150.

3. Сутула В. О. Виховання особистісної фізичної культури в учнів загальноосвітніх навчальних закладів – стратегічне завдання системи фізичного виховання / Сутула В. О. // Теорія та методика навчання та виховання : зб. наук. пр. / За заг. ред. член-кор. НАПН України А. В. Троцко. – Х. : ХНПУ, 2011. – Вип. 30. – С. 154–164.

Грибан Г. П.

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ЗДОРОВ'Я СУЧАСНОЇ МОЛОДІ

У Національній доктрині розвитку освіти України у XXI столітті сказано: «…пріоритетним завданням системи освіти є навчання людини відповідного ставлення до власного здоров'я і здоров'я оточуючих, як до найвищих суспільних та індивідуальних цінностей». Проблема здоров'я була і залишається однією з найбільш актуальних проблем як на рівні наукового пізнання, так і на рівні повсякденної свідомості. Якщо розглянути сучасну інтегральну концепцію здоров'я, тобто міждисциплінарну, то в ній поєднані психологічні і фізіологічні аспекти здоров'я людини. Інтегральна концепція не єдиною серед теорій здоров'я, оскільки здоров'я вивчають дослідники із різних наукових дисциплін – медицини, фізіології, анатомії, психології, екології, педагогіки тощо. У стратегії і тактиці забезпечення, збереження і відновлення здоров'я важливе значення має індивідуальне здоров'я, де виділяються показники індивідуального, вікового, статевого, конституційного, регіонального, соціального здоров'я.

Історія розвитку людства виділяє такі парадигми здоров'я: міфічна, божественна, природна і соціальна. Поява нової парадигми не витісняє повністю більш ранню і вони продовжують існувати паралельно, зумовлюючи як різноманітність визначень здоров'я, так і розмаїття рекомендацій щодо його збереження, покращення та відновлення [6].

Поняття «здоров'я» населення характеризує комплекс показників: демографічні (народжуваність, смертність, середня тривалість життя), фізичні розвитку (морфофункціональний та біологічний розвиток, гармонійність), захворюваність (загальна, інфекційна), інвалідність (первинна, загальна), якість донозологічних станів (імунітет, активність ферментів) [7]. Значна частина науковців під терміном «здоров'я» розглядає такий стан організму, який дає людині можливість в максимальному ступені реалізувати свою генетичну програму у конкретних умовах соціально-культурного існування людини. З таких позицій здоров'я розглядають як поняття динамічного стану із трьох аспектів: індивідуального, вікового, історичного.

У науковій літературі досить широко ще виділяють психічний компонент, який є одним із основних складових здоров'я людини. Його характеризують як гармонійний стан психічного розвитку, що спонукає до виділення трьох аспектів психічного здоров'я: емоційного, інтелектуального, особистісного. Емоційний аспект психічного здоров'я можна розглядати як динамічний процес, що дає можливість адекватно розуміти психічний стан людини. Для особистості студента важливим є чинник, який впливає на стан здоров'я. Це перш за все психічне здоров'я, яке забезпечує його гармонійну взаємодію з навколишнім світом, ефективність діяльності та поведінки, здійснення особистісного розвитку [5]. Відповідно до досліджень Г. С. Никифорова (2003), виділили такі складові психічного здоров'я особистості: 1) згідно з психічною активністю людини: *розумове* – вміння отримувати, аналізувати та використовувати необхідну інформацію; *емоційне* – здатність розуміти, висловлювати та регулювати свої почуття; *практичне* – здатність усвідомлювати свої потреби та інтереси, ставити відповідні цілі та досягати їх; 2) щодо спрямованості активності: *особистісне* – відчуття та прийняття себе як особистості (на основі самопізнання, самоаналізу, самооцінки тощо); *соціальне* – здатність адекватно розуміти та будувати стосунки з соціальним оточенням (сім'єю, друзями, колегами, колективом тощо).

Зміст психічного здоров'я особистості студента відображають його основні складові – критерії: рівень зрілості пізнавальної, розумової сфери особистості; рівень зрілості емоційно-вольової сфери; планування та досягнення життєвих цілей та цілей конкретних видів діяльності; рівень адекватності поведінки та прийняття себе як особистості; рівень адекватності стосунків у мікросоціальному середовищі. Кожен із цих критеріїв можна визначати та досліджувати за допомогою комплексу показників, центральним серед яких є норма психічного здоров'я особистості [5].

А. В. Магльований [4] виділяє і дає визначення фізичного, психічного і соціального здоров'я. Фізичне здоров'я – це стан організму, коли інтегральні показники основних фізіологічних систем лежать

в межах фізіологічної норми і адекватно змінюються при взаємодії людини з довкіллям. При цьому під фізіологічною нормою розуміють той діапазон показників життєдіяльності організму, в якому виявляється лабільність, рухливість і пристосовуваність організму до навантажень середовища протягом життя. Психічне здоров'я людини – це стан мозку, коли його вищі відділи забезпечують адекватну інтелектуальну, емоційну і свідомо-вольову взаємодію з середовищем. Соціальне здоров'я – це стан вищих відділів мозку, структура інформаційних моделей яких забезпечує адекватні морально-соціальні прояви особистості, тобто особистісно-середовищна поведінка за умови адекватної моральної поведінки.

У фундаментальній праці, присвяченій проблемі здоров'я, Е. Г. Буліч та І. В. Муравов [1] указують, що існує понад 300 дефініцій здоров'я. Критичне осмислення великої кількості визначень стану здоров'я свідчить про те, що це поняття багатобічне і має різні трактування, які потребують конкретизації і певної визначеності. Водночас у 1948 році ВООЗ дала таке визначення: «Здоров'я – це стан повного фізичного, душевного і соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб або фізичних вад». Донині ніяких уточнень і змін у це визначення не внесли. Не зважаючи на різні нові визначення і пропозиції, дефініція здоров'я ВООЗ залишається важливою вказівкою на те суттєве, що і є здоров'ям людини.

Аналіз літературних джерел дає підстави констатувати, що здоров'я визначає взаємодія великої кількості чинників: соціальних і біологічних, зовнішніх і внутрішніх, матеріальних і духовних, які складно й суперечливо взаємодіють один з одним. На збереження здоров'я, безперечно, суттєво впливає і рухова активність, тобто постановка фізичного виховання у школах й освітніх закладах. Від якості навчального процесу та особистісно-орієнтованого вибору рухової активності студентів буде залежати, певною мірою, стан здоров'я. Методологічну основу конструювання методичного забезпечення системи фізичного виховання студентів за особистісно-орієнтованим вибором рухової активності складають: системний підхід, концепція фізичного виховання в системі освіти України, загальні принципи формування фізичної культури людини, принципи фізичного виховання, методичні принципи фізичного виховання, принципи побудови занять та засоби фізичного виховання [3, с. 20–21].

Тому традиційну парадигму навчання у фізичному вихованні «викладач – студент» необхідно замінити парадигмою «студент – фізкультурно-оздоровче середовище – викладач». Саме так побудована система фізкультурної освіти у розвинених країнах світу. Очевидно, що між теорією і практикою має бути ряд проміжних ланок ц одна з них – технологія навчання. Технологічний підхід до навчання передбачає проектування навчального процесу з метою гарантованого досягнення дидактичних цілей, які випливають із вихідних установок (соціальне замовлення, освітні орієнтири, мета і зміст навчання тощо). При цьому технологія навчання виявляє умови функціювання методичної системи, визначає способи її реалізації (проектування) в навчальному процесі відповідно до поставленої мети. Тобто технологія навчання – це послідовна взаємопов'язана система дій викладача, які направлені на вирішення дидактичних завдань, планомірне й послідовне втілення на практиці заздалегідь запроектованого педагогічного процесу [2, с. 103].

Для оперативної корекції та управління навчально-виховним процесом з фізичного виховання, визначення навантаження та застосування індивідуальних завдань треба розробити досить прості, доступні методики оцінки стану здоров'я студентів, котрі не потребують математичної обробки отриманих даних, тривалих обстежень і мають бути доступними як для викладачів, так і студентів. Одним із таких шляхів є самооцінка студентами стану власного здоров'я. Запропонована нами методика самооцінки здоров'я сприяє швидкому оцінюванню стану здоров'я студента під час навчального процесу. Для більш швидкого і зручного використання нами викладені характеристики станів здоров'я студентів (ідеальний, добрий, задовільний, поганий, дуже поганий), що дозволяє студенту після їх вивчення легко зарахувати себе до певного стану здоров'я. Оскільки для кожного студента характерний свій рівень здоров'я, оптимальний діапазон фізичних навантажень, що підвищує цей рівень, то й будь-яке усереднене фізичне навантаження під час групових занять може стабілізувати, підвищувати або знижувати рівень здоров'я.

Література:

1. Булич Э. Г. Здоровье человека: Биологическая основа жизнедеятельности и двигательная активность в ее стимуляции / Э. Г. Булич, И. В. Муравов. – К. : Олимпийская литература, 2003. – 424 с.

2. Грибан Г. П. Концепція методичної системи фізичного виховання студентів-аграріїв / Г. П. Грибан // Вісник Черніговського національного педагогічного університету імені Т. Г. Шевченка. Серія: Педагогічні науки. Фізичне виховання та спорт. – Вип.112. – Т. 1. – Чернігів: ЧНПУ, 2013. – С. 100–105.

3. Грибан Г. П. Технологія формування фізкультурно-оздоровчих компетентностей у студентів засобами особистісно-орієнтованого підходу до фізичного виховання / Г. П. Грибан // Фізична культура, спорт та здоров'я нації: зб. наук. праць. – Вип. 2. – Житомир: Вид-во ФОП Євенок О. О., 2016. – С. 18–25.

4. Магльований А. В. Виховання програмної стратегії ставлення молоді до власного здоров'я / А. В. Магльованиий // Концепція розвитку галузі фізичного виховання і спорту в Україні: зб. наук. праць. – Вип. 2. – Рівне: «Принт Хауз», 2001. – С. 140–143.

5. Михайлюк О. Оцінка емоційно-вольової сфери школярів за методикою Басса-Дарки / О. Михайлюк // Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві: зб. наук. праць. – Луцьк, 2005. – Т. 1. – С. 309–311.

6. Нечушкіна О. В. Саморуйнівні молодіжні практики у сфері здоров'я / О. В. Нечишкіна // Молодь в умовах нової соціальної перспективи: матер. IX Міжнар. наук.-практ. конф. – Т. 1. – Житомир, 2007. – С. 208–209.

7. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / За ред. Ю. В. Вороненка. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – 677 с.

Григус І. М., Березюк В. В., Євтух М. І.

ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ІНСУЛЬТУ

Цереброваскулярні захворювання залишаються однією з найгостріших медико-соціальних проблем. Особливе місце серед них посідає ішемічний інсульт у зв'язку з високою летальністю, значною інвалідизацією і соціальною дезадаптацією пацієнтів. Як зазначає М. В. Путилина, в минулому десятилітті від ішемічного інсульту померли більше 5 млн людей, а з 15 млн, що пережили, більше 80% залишились інвалідами. Первинний вихід на інвалідність серед хворих, що перенесли інсульт, досягає показника 3,2 на 10 000 населення, при цьому до праці повертаються лише до 20% раніше працюючих [5, 11].

Ішемічний інсульт становить серйозну соціально-медичну проблему, посідаючи в популяції третє місце за показниками летальності (після серцевих та онкологічних захворювань) та одне з перших місць за частотою інвалідизації хворих. Інсульт все більше вражає молоде населення: кожен п'ятий – це пацієнт молодший 50-ти років.

Період реабілітації може займати від декількох місяців до декількох років. Реабілітаційні заходи можуть бути ефективні у 80% людей, що перенесли інсульт, ще у 10% хворих реабілітаційні заходи не приносять жодного результату.

Рання реабілітація після інсульту – це лікувально-відновлювальні заходи в період часу після виникнення інсульту, в процесі якого проведення адекватної реабілітації може зменшити пошкодження мозку і покращити стан, що виник. Такий відсоток осіб, що потребують реабілітації, підкреслює актуальність цієї проблеми й порушує ряд питань, які вимагають розробки комплексів організаційно-методичних заходів фізичної реабілітації, спрямованих на відновлення втрачених функцій організму [3, 5, 9].

Як вважає С. П. Маркін, важливою умовою успішного функціювання системи етапної реабілітації є ранній початок реабілітаційних заходів, безперервність у лікуванні, одночасне використання різних видів відновної терапії: медикаментозної, кінезіо-, фізіо-, трудо-, психотерапії та ін., а також активна участь хворого і допомога родичів у процесі реабілітації [7].

Реабілітація такого контингенту хворих, як і раніше, пов'язана з великими труднощами і не завжди є достатньо ефективною. Багато в чому це зумовлено об'єктивними причинами, перш за все характером і тяжкістю перенесеного інсульту, віком.

Головними завданнями комплексної програми фізичної реабілітації на ранньому відновному етапі є швидке відновлення функцій організму, попередити ускладнення й у випадку розвитку інвалідності – боротися з нею на перших етапах лікування.

Для хворих з парезами застосовують комплекс вправ, направлених на збільшення м'язової сили в паретичних кінцівках, зниження спастичності і профілактики контрактур. Для відновлення руху назначається електростимуляція м'язів паретичних кінцівок і магнітна стимуляція головного мозку [2, 6].

Для реабілітації хворих широко застосовують лікувальну фізичну культуру, масаж як класичний, так і точковий, гідрокінезотерапію, фізіотерапевтичні методи, механотерапію, трудотерапію, кліматотерапію, лікування природними факторами, надавалась логопедична, психологічна допомога.

Лікувальна фізична культура містить у собі пасивні, пасивно-активні, активні рухи, пасивну механотерапію (для профілактики виникнення контрактур у суглобах уражених кінцівок). Використовують вправи у вихідному положенні сидячи, стоячи, вправи на розслаблення, дихальні, загальнорозвиваючі й спеціальні вібраційні рухи, дренажні положення, стискання, ротація грудної клітки (для профілактики виникнення дихальних ускладнень). Загальнорозвиваючі вправи мають бути спрямовані на зміцнення організму в цілому та для покращення загального фізичного стану. Спеціальні вправи спрямовані на розвиток компенсаторних можливостей організму та вдосконалення навичок самообслуговування.

Для збільшення сили м'язів ураженої сторони використовують фізичні вправи з обтяженням масою власного тіла чи кінцівки, вправи з подоланням опору. Для покращення рівноваги використовують вправи з різних вихідних положень: положення лежачи, сидячи, стоячи. Вправи для покращення рівноваги слід використовувати на кожному занятті.

Для покращення витривалості застосовують вправи для збільшення сили з мінімальним навантаженням 100-200 грамів по 10-15 повторів та по 2-3 підходи, що залежить від функційного стану хворого та його силових можливостей. Після того, як хворий навчився ходити, поступово збільшувати тривалість та дистанцію ходьби.

Після збільшення сили м'язів уражених кінцівок хворого слід навчати складнокоординованих рухів, оскільки після інсульту часто можна спостерігати порушення координації рухів рукою та під час ходьби внаслідок паралічів та парезів.

Навчання навичок самообслуговування проводять з перших днів перебування пацієнтів у лікарні з метою якомога швидшої, хоч і мінімальної, активізації хворих та полегшення догляду за ними.

Для кожного пацієнта індивідуально підбирають засіб пересування, що пов'язано з функціональними можливостями, стороною ураження та клінічними проявами захворювання [1, 4].

Невід'ємним елементом та завданням методики фізичної реабілітації осіб після перенесеного ішемічного інсульту є інструктаж родичів та осіб, які доглядають хворого.

Для профілактики виникнення патологічних поз використовують лікувальне положення. Укладання кінцівок з використанням спеціальних лонгет на 2 години (1-2 рази на день) так, щоб м'язи, в яких можна спостерігати підвищений тонус, були розтягнуті за допомогою ортезів, валиків, подушок.

Заняття з гідрокінезотерапії слід проводити в малому басейні протягом 50 хвилин, бажано щоби температура води досягала +26-30° С. Таку температуру пояснюють тим, що тепло сприяє меншому прояву рефлекторної збудливості й судом, ослабленню болю та спастичності. Крім того, фізичні вправи в теплій воді дають змогу використовувати ту обмежену м'язову силу паретичних м'язових груп, яку в умовах звичайного середовища важко виявити. Заняття рекомендують проводити через день.

Лікувальний масаж призначають наприкінці першого тижня для заспокійливого впливу на ЦНС; зниження збудженості рухових клітин передніх рогів спинного мозку; зменшення рефлекторної напруженості та розслаблення спастичних м'язів, ослаблення м'язових контрактур; покращання крово- та лімфообігу в уражених кінцівках і попередження трофічних порушень; сприяння відновленню рухових функцій.

В програми реабілітації рекомендовано вміщувати почергові курси точкового масажу. Вибір точок визначається їх функційною активністю та топографічною відповідністю проекції розміщених у тканинах нервових стовбурів і судинно-нервових комплексів окремим органам та тканинам [8, 10].

Застосовують різні фізіотерапевтичні методи (наприклад, лікарський електрофорез з нікотиновою кислотою, еуфіліном, ацетилсаліциловою кислотою 10%, новокаїном (процедури курсом не більше 10 процедур з однією речовиною). До кожного пацієнта застосовують індивідуальний підхід і призначення.

Проводять електростимуляцію паралізованих, переважно розтягнутих м'язів, магнітотерапію, дарсонвалізацію, лазеротерапію; знеболюючі процедури електролікування (динамічні або синусоїдальномодульовані струми); процедури що поліпшують трофіку уражених тканин: парафінові або озокеритні аплікації, бальнеотерапію.

Література:

1. Амосов В. Н. Самое важное об инсульте / В. Н. Амосов. – СПб. : «Вектор», 2013. – 160 с.

2. Білянський О. Ю. Фізична реабілітація осіб другого зрілого віку після мозкового ішемічного інсульту : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. наук з фізичного вих. і спорту / О. Ю. Білянський. – Львів, 2007. – 22 с.

3. Виничук С. М. Ишемический инсульт : эволюция взглядов на стратегию лечения / С. М. Виничук, Т. М. Чаренько. – К. : «Компполис», 2003. – 120 с.

4. Гев'як О. М. Фізична реабілітація в гострий період крововиливу в головний мозок / О. М. Гев'як // Журнал НЕВРОЛОГІЇ ім. Б. М. Маньковського. – 2017. – Том 5. – № 1. – С. 17-18.

5. Григус І. М. Ефективність застосування комплексної програми фізичної реабілітації хворих після перенесеного ішемічного інсульту / І. М. Григус, В. В. Березюк // Рекреація, фізична терапія, туризм: досвід, проблеми, перспективи : Збірник матеріалів Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю [Текст]. – Херсон, ФОП Вишемирський В.С., 2018. – С. 60-66.

6. Золотарева Т. А. Медицинская реабилитация / Т. А. Золотарева, К. Д. Бабов. – К. : КИМ, 2012. – 496 с.

7. Маркин С. П. Реабилитация больных с острым нарушением мозгового кровообращения / С. П. Маркин // Неврология и психиатрия им. Корсакова. – 2010. – №12. – С. 41-45.

8. Мачерет Є. Л. Реабілітація осіб з наслідками після перенесеного ішемічного інсульту у відновному періоді лікування / Є. Л. Мачерет, А. Л. Паламарчук // Практична медицина. – 2006. – №5. – С. 25-29.

9. Мицкан Б. Інсульт : різновиди, фактори ризику, фізична реабілітація / [Б. Мицкан, Г. Єдинак, З. Остапяк, Б. Грицуляк та ін.] // Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві : зб. наук. пр. / М-во освіти і науки, молоді та спорту України, Волин. нац. ун-т ім. Лесі Українки ; [редкол. : А. В. Цьось та ін.]. – Луцьк, 2012. – № 3(19). – С. 295-302.

10. Мурза В. П. Психолого-фізична реабілітація : підручник / В. П. Мурза. – К. : «Олан», 2005. – 608 с.

11. Путилина М. В. Нейропластичность как основа ранней реабилитации пациентов после инсульта / М. В. Путилина // Неврология и психиатрия им. Корсакова. – 2010. – № 12. – С. 64-68.

Кузнєцова О. Т.

МЕТОДИЧНА СИСТЕМА ЗАСТОСУВАННЯ ОЗДОРОВЧИХ ТЕХНОЛОГІЙ У ПРОЦЕСІ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ СТУДЕНТІВ

Постановка проблеми. В умовах педагогічного експерименту було підтверджено ефективність теоретично обґрунтованої в дослідженні методичної системи застосування оздоровчих технологій у процесі фізичного виховання студентів. Адаптовано методику вимірювання рівня оздоровчої компетентності досліджуваних, її діагностичний інструментарій визначено відповідно до мети педагогічного експерименту.

Мета дослідження: довести необхідність проектування методичної системи застосування оздоровчих технологій у процесі фізичного виховання студентів.

Результати досліджень та їх обговорення. Світовий історичний досвід та сучасна тенденція використання оздоровчих засобів в системі фізичного виховання свідчать про відносну послідовність й неперервність їх застосування. Історичний розвиток системи складався з декількох етапів, які були пов'язані з функціюванням тих чи тих суспільних інститутів і систем цінностей. Результати досліджень вказують, що різні історичні етапи послідовно та безперервно обумовлювали вирішення пріоритетних завдань фізичного виховання. Незважаючи на оздоровчу спрямованість фізичної культури, задекларовану у більшості нормативно-правових та програмних документів України, її організація була, по суті, продовженням колишньої радянської системи фізичного виховання. Ретельного перегляду потребують теоретико-методичні, програмно-нормативні, організаційні засади фізичного виховання студентів у напрямку гуманізації, лібералізації, гармонізації, використання валеологічних цінностей фізичної культури, приведення встановлених цілей та завдань відповідно задекларованим у нормативно-правових актах.

Передумовою створення інноваційних оздоровчих технологій є: низький рівень фізичного розвитку і фізичної підготовленості студентів, зростання кількості студентів у спеціальних медичних групах, хаотичне впровадження в навчальний процес технологій, методик, програм оздоровлення, що не мають наукового обґрунтування.

Встановлено чисельність студентів ВНЗ України, які зараховані за станом здоров'я до спеціальної медичної групи, у загальній кількості тих, хто відвідує заняття з фізичного виховання, – 10,99 %–14,03 %. Виявлено, що за останні 11 років у Рівненській області майже вдвічі збільшилася кількість учнівської та студентської молоді, що належить за станом здоров'я до спеціальної медичної групи. Такий темп зростання (26,41 % у 2014 році) є найвищим порівняно з показниками студентів ВНЗ III–IV р. а. північних та західних областей України.

У результаті аналізу фізичного розвитку і функційного стану студентів з'ясовано, що у процесі навчання соматичне здоров'я у 88,39 % жінок та у 87,21 % чоловіків усіх курсів перебуває на низькому рівні. Показники розумової працездатності та емоційних станів у студентів спеціальних медичних груп найнижчі порівняно з показниками інших груп та мають тенденцію до погіршення у процесі навчання. Зазначені факти свідчать про низьку ефективність діючої у ВНЗ системи професійно-прикладної фізичної підготовки.

Результати фізичної підготовленості студентів НУВГП вказують на те, що:

– початковий рівень фізичної підготовленості студентів на I курсі недостатній і оцінений як низький або нижчий за середній;

– стан фізичної підготовленості студентів протягом навчання на II курсі покращується, а на III–IV курсах навчання погіршується. Рівень фізичної підготовленості чоловіків на IV курсі не відрізняється від рівня на I курсі, а в жінок на IV курсі він гірший за зафіксований наприкінці I курсу навчання.

Визначення ставлення студентів до процесу фізичного виховання є важливим аспектом управління такою діяльністю. Встановлено низький інтерес до занять внаслідок недостатньої мотиваційної спря-

мованості. Виявлені істотні відмінності між мотивацією студентів до академічних занять і мотивацією до позанавчальної діяльності, участь у якій передбачає особисту зацікавленість студентів, добровільність вибору, а також усвідомлене бажання опанувати певний вид рухової активності.

На основі визначених теоретичних і методологічних засад обґрунтовано концепцію методичної системи застосування оздоровчих технологій у процесі фізичного виховання студентів, яка є комплексом ключових положень, що всебічно розкриває її сутність, зміст і особливості. Концепція базується на положеннях системного, синергетичного, діяльнісного, особистісно-орієнтованого, інтегративно-інноваційного, компетентнісного, технологічного, акмеологічного підходів до реалізації методичної системи застосування оздоровчих технологій у процесі фізичного виховання студентів. Алгоритм проектування складався з семи взаємодоповнюючих етапів: вихідного, організаційно-прогностичного, етапу концептуалізації, перетворювального, конкретизації, реалізації проектного задуму та рефлексії, а також складових компонентів: концептуального, суб'єктно-структурного, процесуально-діяльнісного та результативного [2]. Послідовність та неперервність застосування оздоровчих технологій передбачає постійну рефлексію результатів власної діяльності і прагнення до особистого розвитку та самовдосконалення.

Під методичною системою застосування оздоровчих технологій розглядається система впровадження у процес фізичного виховання студентів форм, засобів і методів застосування оздоровчих технологій, механізми їх конструювання у здоров'язбережувальному освітньому просторі закладу вищої освіти за допомогою інноваційних педагогічних технологій.

Із позиції системного підходу розроблено і теоретично обґрунтовано модель методичної системи застосування оздоровчих технологій у процесі фізичного виховання студентів, яка складається із таких компонентів: *концептуальний, суб'єктно-структурний, процесуально-діяльнісний та результативний.* Здійснено структурування моделі на блоки: *методологічно-цільовий, змістово-процесуальний і діагностично-результативний.*

Результативність методичної системи застосування оздоровчих технологій залежить від реалізації *педагогічних умов* – організаційних, дидактичних та психолого-педагогічних [3]. У контексті дослідження в межах існуючих груп педагогічних умов виокремленні самостійні педагогічні технології, які були альтернативою традиційним формам організації навчального процесу: особистісно-орієнтовані технологія, технологія індивідуалізації навчання, інтерактивне навчання, технологія застосування ситуаційної методики навчання, технологія проектування здоров'язбережувального освітнього середовища, технологія дистанційного навчання, технологія застосування інформаційно-комунікаційних засобів навчання.

Оновлення змісту методичної системи застосування оздоровчих технологій забезпечується поєднанням традиційних форм, методів і засобів фізичного виховання з інтегративними формами організації освітнього процесу, якими на сьогодні є дистанційна WEB-орієнтована система підтримки освітнього процесу Moodle з особистим кабінетом викладача, круглі столи, брейн-ринги, тренінги, інтерактивні методами взаємодії викладача зі студентами, засобами навчання на базі інформаційно-комунікаційних технологій. Послідовність та неперервність фізкультурно-оздоровчої діяльності передбачає постійну рефлексію результатів власної діяльності і прагнення до особистого розвитку та самовдосконалення. Зміст освітнього процесу складається з теоретичної, практичної, самостійної та професійно-прикладної фізичної підготовки та передбачає лекційні, практичні заняття, самостійну роботу, контрольні заходи.

Під час реалізації методичної системи застосування оздоровчих технологій запропоновано використовувати засоби фізичного виховання, що є адекватними інтересам, потребам та індивідуальним уподобанням студентів, сприяють збільшенню рухової активності згідно віковій нормі, забезпечують виконання тривалої силової роботи й роботи в аеробному режимі.

Висновки. Проведене дослідження не претендує на вичерпність усіх аспектів проблеми методичної системи застосування оздоровчих технологій у процесі фізичного виховання студентів. Актуальним для подальших наукових пошуків є вивчення досвіду застосування оздоровчих технологій у процесі фізичного виховання студентів університетів зарубіжних країн (США, Канади, Франції, Швейцарії, Бельгії), створення електронних підручників і посібників.

Література:

1. Кузнєцова О. Т. Оздоровчі технології у фізичному вихованні студентів : теорія, методика, практика : монографія. Рівне, 2018. 416 с.

2. Кузнєцова О. Т. Проектування моделі методичної системи застосування оздоровчих технологій у процесі фізичного виховання студентів // Проблеми інноваційного розвитку вищої освіти у глобальному, регіональному та національному контекстах : монографія. Суми, 2017. С. 350–371.

3. Кузнєцова О. Педагогічні умови формування готовності студентів до використання оздоровчих технологій у процесі фізичного виховання і життєдіяльності // Наукові записки Тернопільського національного педагогічного університету імені Володимира Гнатюка. Серія Педагогіка. 2017. № 3. С. 59–67.

Кузнєцова О. Т., Ковалець М. С.

ІНФОРМАЦІЙНО-КОМУНІКАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ У ВИЗНАЧЕННІ РІВНІВ СОМАТИЧНОГО ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТІВ

Постановка проблеми. На сучасному етапі розвитку освіти багато уваги приділено педагогічним інформаційно-комунікаційним технологіям, які є синтезом педагогічних і інформаційних технологій, реорганізацією дидактичного процесу, яка неможлива без сучасних інформаційних систем [3]. Для оцінювання рівня соматичного здоров'я студентів здійснено моніторинг фізичного розвитку та функційного стану [4].

Мета дослідження: ознайомити із призначенням та можливостями інформаційної бази даних та комп'ютерної програми «Оцінка рівня соматичного здоров'я студентів».

Результати досліджень та їх обговорення. Одним із важливих показників відповідального ставлення до здоров'я як цінності, основою для його зміцнення та покращення є залучення студентів до процесу самодіагностування здоров'я. Тому в ході дослідження було розроблено діагностичний інструментарій, що дозволяє здійснювати комплексну регулярну самодіагностику в процесі реалізації індивідуальних програм оздоровчого тренування. Він спрямовує студентів на системний підхід до оцінювання свого здоров'я, на постійний контроль його стану, дозволяє реально, практично усвідомлювати здоров'я як складний, багатовимірний феномен, обумовлений впливом безлічі чинників.

Крім використання загальновідомих засобів (фізичні вправи, гігієнічні чинники, оздоровчі сили природи), форм та методів фізичного виховання, застосування інформаційно-комунікаційних технологій в освітньому процесі дозволяє збільшити обсяг самостійної роботи студентів, сформувати вміння та навички самовиховання та самоосвіти, зокрема ведення здорового способу життя, підвищити інтерес до навчання, розробити достовірну комп'ютерну діагностику фізичного стану студента, здійснювати своєчасний контроль за виконанням індивідуальних завдань. Для визначення рівня соматичного здоров'я та професійно-прикладної психофізичної готовності використовувалися комп'ютерні інформаційні бази даних.

Опис структури інформаційної бази даних рівнів соматичного здоров'я студентів університету. Інформаційна база даних рівня соматичного здоров'я [1] створена за допомогою програми Microsoft Office Excel 2007. До бази входять дані студентів I–IV курсів спеціальної медичної групи (СМГ) Національного університету водного господарства та природокористування у м. Рівне. Кількісний склад студентів СМГ за висновками лікарів на підставі довідок ЛКК на початок 2014/15 н. р. становив 776 осіб, із них: чоловіків – 243 осіб, жінок – 533 осіб [2].

Враховуючи те, що у 2015/16 н. р. організація занять із фізичного виховання здійснювалася за експериментальною програмою факультативної роботи, у склад студентів I курсу секції оздоровчого тренування, які взяли участь у експерименті, внесено дані студентів основної та підготовчої медичних груп. Із загальної кількості студентів СМГ у дослідженні взяли участь 68,17 % студентів – 90,12 % чоловіків та 58,16 % жінок. Не брали участі у тестуванні вагітні жінки, повністю звільнені студенти та ті, що знаходилися на стаціонарному лікуванні, тимчасово звільнені від практичних занять із фізичного виховання, які не відвідували університет на час проведення експерименту, інваліди II гр. Кількісний склад студентів, яких досліджували за роками навчання в університеті наведено в табл. 1.

Використання диференційованої класифікації дозволило сформувати базу даних студентів СМГ за рівнями фізичного здоров'я, яка надає детальну інформацію про захворюваність, функційний стан, фізичну працездатність та підготовленість для їх подальшої корекції у процесі фізичного виховання.

Комп'ютерну програму з інформаційною базою даних рівнів соматичного здоров'я студентів використовують у практиці проведення оздоровчих занять із фізичного виховання для моніторингу стану здоров'я та призначення адекватного фізичного навантаження. Моніторинг стану соматичного здоров'я проводять на початку та наприкінці навчального року.

Таблиця 1

Кількісний склад студентів експериментальних груп

Рік навчання	Стать		Разом
	Чоловіки	Жінки	
I курс	56	32	88
II курс	50	91	141
III курс	58	98	156
IV курс	55	89	144
Всього	219	310	529

Для модульного контролю використовують динаміку показників рівня фізичної підготовленості. Сукупність показників стану здоров'я, антропометричних характеристик, функційних можливостей, які оцінювали за допомогою комп'ютерної програми «Оцінка рівня соматичного здоров'я студентів» [1], фізичної підготовки, психоемоційного стану розглядали як складові психофізичного розвитку студента. Отримані дані дозволяли об'єктивно оцінити функційний стан організму, поточний рівень розвитку психофізичних якостей, важливих для оволодіння професійною майстерністю та використовували для цілеспрямованого підбору фізичних вправ із метою розвитку й корекції професійно-значущих якостей. Динаміка показників була показником ефективності фізичного виховання студентів.

Встановлено, що в 87,21 % студентів та 88,39 % студенток загальна оцінка рівня здоров'я відповідає ≤ 3 балам – рівень соматичного здоров'я «низький» (табл. 2). Результати дослідження відобразили досить широкий діапазон індивідуальних коливань показників соматичного здоров'я, який зумовлений станом здоров'я, фізичним розвитком, а також функційними можливостями серцево-судинної та дихальної систем студентів I–IV курсів. У цілому проведені дослідження дозволили зробити висновок про доцільність їх об'єднання в три навчальні підгрупи для занять фізичним вихованням – із низьким, нижчим за середній, із середнім рівнем соматичного здоров'я. За результатами дослідження, вищий за середній та високий рівні соматичного здоров'я у студентів СМГ не виявлені. Представлена диференціація дозволила досить виразно визначити особливості застосування засобів дозування фізичних навантажень.

Таблиця 2

Рівень соматичного здоров'я у студентів спеціальних медичних груп (в %)

Рівні	Стать	К-ть студентів	Рік навчання				Загальний
			I	II	III	IV	
Низький	чол.	191	89,29	78,00	89,66	90,91	87,21
	жін.	274	96,87	81,32	89,80	90,91	88,39
	всього	465	92,05	80,14	89,74	90,97	87,90
Нижчий за середній	чол.	23	8,93	16,00	8,62	9,09	10,50
	жін.	29	–	14,28	9,18	7,86	9,35
	всього	52	3,55	14,89	8,97	8,33	9,83
Середній	чол.	5	1,78	6,00	3,57	–	2,28
	жін.	7	3,12	4,39	1,02	1,12	2,26
	всього	12	2,27	4,96	1,28	0,69	2,27
Вищий за середній	чол.	–	–	–	–	–	–
	жін.	–	–	–	–	–	–
	всього	–	–	–	–	–	–
Високий	чол.	–	–	–	–	–	–
	жін.	–	–	–	–	–	–
	всього	–	–	–	–	–	–

Висновки. Найголовнішим завданням фізичного виховання у ЗВО є формування мотиваційно-ціннісного ставлення до фізичної культури, потреби в регулярних заняттях фізичними вправами і спортом. Пріоритетна спрямованість фізкультурних занять зі студентами – оздоровча. Обґрунтовано доцільність впровадження комп'ютерного програмно-прикладного комплексу у процес фізичного виховання студентів закладів вищої освіти, який дає змогу здійснювати диференціацію та індивідуалізацію особистісно-орієнтованого навчання на основі особливостей проектування інноваційного впрова-

дження форм, засобів і методів фізичного виховання студентської молоді, здійснювати контроль, облік та моніторинг динаміки фізичного здоров'я, психофізіологічних якостей, фізичної підготовленості студентів; визначено необхідність проектування організаційно-управлінської та оздоровчо-виховної діяльності на основі інноваційних інформаційно-комунікаційних технологій, які дозволяють забезпечити систематизацію інформаційних баз відповідно до статевих та вікових характеристик фізичного здоров'я, психофізіологічних особливостей організму, фізичної підготовленості студентів.

Література:

1. А. с. № 65106 від 29.04.2016. Комп'ютерна програма з базою даних «Оцінка рівня соматичного здоров'я студентів» / О.Т. Кузнєцова, М.С. Ковалець. Заявл. 29.02.2016, опубл. 29.07.16, Бюл. № 41.

2. Кузнєцова О.Т. Методичні рекомендації до використання у процесі фізичного виховання інформаційної бази даних рівнів соматичного здоров'я студентів денної форми навчання. 2016. 26 с. URL: http://ep3.nuwm.edu.ua/id/eprint/4026 (дата звернення 13. 05. 2018 р.).

3. Кузнєцова О.Т. Оптимізація процесу фізичного виховання студентів спеціальних медичних груп з використанням комп'ютерних технологій. Технології навчання. 2015. Вип. 14. С. 59–64. URL: http://ep3.nuwm.edu.ua/id/eprint/1611 (дата звернення 15. 05. 2018 р.).

4. Кузнєцова О.Т. Оцінка рівня соматичного здоров'я студентів університету за допомогою антропометричних індексів // Вісник Чернігівського національного педагогічного університету ім. Т.Г. Шевченка. Серія : Педагогічні науки. Фізичне виховання та спорт. 2016. Вип. 136. С. 120–125.

Марченко О. С., Білюк С. П., Ящук В. А.

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я СУЧАСНИХ СПОРТСМЕНІВ

Постановка проблеми. У сучасний період відзначають несприятливі зміни в картині психічного здоров'я молодого покоління. По-перше, відбувається значний зріст нервово-психічних захворювань, перед усім тих, що є найбільш характерною реакцією на психічний стрес. По-друге, різко збільшується поширеність алкоголізму, наркоманії, девіантної поведінки серед молоді. Підвищується рівень психічно хворих людей у суспільстві.

Деякі автори [6, 10] підкреслюють, що психічне здоров'я і здатність чинити опір дії несприятливих факторів підвищується, якщо людина займається спортом, а заняття у спортивних секціях робить молодих людей більш витривалими і сильними, тобто здоровими. Дані досліджень свідчать про те, що фізична культура й спорт має позитивний ефект на психічне здоров'я.

Однак у процесі тренувальної та змагальної діяльності на юного спортсмена діють різні стресори, пов'язані з максимальним навантаженням, травмою і захворюванням, втомою, емоційним збудженням. Все це може створити певні передумови до погіршення стану психічного здоров'я юних спортсменів.

У зв'язку з цим можна зазначити, що проблема збереження психічного здоров'я спортсменів актуальна, має як теоретичне, так і практичне значення, і вимагає широкомасштабного дослідження.

Аналіз останній досліджень та публікацій. Тенденцію визначення здоров'я особистості з урахуванням її соціально-психологічних аспектів життєдіяльності та розвитку простежуємо в чисельних наукових працях. Проблеми психологічного здоров'я особистості висвітлювались у наукових дослідженнях В. Ананьєва, І. Беха, І. Вітенко, І. Дубровіної, Л. Куликова, С. Максименка, Г. Нікіфорова, В. Слободчикова та ін. Збереження фізичного і психологічного здоров'я особистості є одним із головних завдань нашого суспільства і, насамперед, у сфері спорту.

Починаючи з кінця минулого сторіччя проблема психічного здоров'я спортсменів частково розглядалась у дослідженнях спортивних психологів (Б. Вяткін, П. Зільберман, Ю. Блудов, В. Плахтієнко та інші). До першого десятиріччя нашого століття психічне здоров'я спортсменів аналізувалось з погляду його ролі й значення для досягнення максимальних спортивних результатів.

Питання підтримки й збереження психічного здоров'я спортсменів стали шукати вирішення на початку XXI сторіччя. Викликано це тим, що в спорті вищих досягнень і, особливо, у професійному спорті, спортсмени стали переносити надмірні нервово-психічні навантаження: соціально-психологічні та фінансові проблеми спортсменів загострювали і піднімали на високий рівень вплив екстремальних чинників на їх психіку. У роботах Р. Загайнова, який багато років був психологом видатних спортсменів сучасності, багаторазово підкреслено наявність величезного негативного впливу на психічне здоров'я спортсменів великомасштабних змагань: на рівні Європи, світу [2].

Метою статті є здійснення теоретичного аналізу понять «здоров'я», «психічне здоров'я», «психологічне здоров'я», розкриття їхньої сутності та специфіки.

Виклад основного матеріалу дослідження. У психологічному словнику за редакцією Б. Мєщєрякова та В. Зінченка термін «здоров'я» протрактовано як стан повного фізичного, духовного та соціального благополуччя, а не лише відсутність хвороби чи фізичних дефектів [11, с. 125].

У сучасній психології під час аналізу проблем, які стосуються здоров'я, використовують різні терміни:

– «психічне здоров'я» (Братусь Б., Бойко О., Мельник Ю.) – найбільш поширене поняття, аналізу якого присвячені багато наукових праць не тільки психологів, але й педагогів та медиків;

– «психологічне здоров'я» (Дубровіна І.);

– «професійне здоров'я» (Марищук В., Євдокімов В.);

– «особистісне здоров'я» (Мітіна Л.).

Появу терміну «психологічне здоров'я» відносять до кінця XX ст. і пов'язують із працями І. Дубровіної. Психологічне здоров'я розглядають як більш ширше поняття, яке характеризує особистість в цілому і знаходиться в тісному зв'язку з вищими її проявами. У цьому взаємозв'язку використовують такі категорії як «культура здоров'я», «потреба бути здоровим» і «відношення до здоров'я».

Вказані аспекти психологічного здоров'я основані на формуванні самосвідомості особистості, які розглядають як один із проявів свідомості, як виділення себе (Я) із об'єктивного світу («не Я»); усвідомлення, оцінка особистістю себе, свого місця в світі, своїх інтересів, потреб, знань, переживань, поведінки. Цілеспрямоване формування компонентів психологічного здоров'я спортсменів може базуватися на ієрархії прояву самосвідомості «від нижчого самопочуття через самосвідомість до вищого – самоставлення, основане на самоконтролі та саморегуляції» [5].

І. Малкіна-Пих розглядає психологічне здоров'я як систему, яка містить аксіологічний, інструментальний та поведінково-мотиваційний компоненти [7]. Вказані структурні елементи дали можливість виділити рівні психологічного здоров'я: креативний – вищий, з стійкою адаптацією до середовища; адаптивний – середній, у цілому адаптований до соціуму і дезадаптивний – найнижчий, спостерігають у людей з порушенням балансу в поведінковій стратегії.

Під психічним здоров'ям А. Петровський та М. Ярошевський розуміють «стан душевного благополуччя, що характеризовано відсутністю хворобливих психічних проявів і забезпечує адекватну регуляцію поведінки, діяльності» [5, с. 301].

У матеріалах Всесвітньої федерації здоров'я поняття «психічне здоров'я» визначено наступним чином: «це набагато більше, ніж просто відсутність психічних захворювань. Психічне здоров'я – це те, що ми всі бажаємо мати, причому незалежно від того, чи знаємо ми, що це таке чи ні. Коли ми говоримо про щастя, душевний спокій, радість або задоволеність, ми говоримо про психічне здоров'я».

Згідно із визначенням С. Кулачківської, під психічним здоров'ям слід розуміти здатність успішно регулювати свою поведінку та діяльність відповідно до норм і правил. Нормативна саморегуляція поведінки передбачає наявність в особистості почуття захищеності та впевненості в майбутньому. Характерною рисою порушення психічного здоров'я є втрата здатності особистості довіряти, радіти, дивуватися, захоплюватися тощо.

У дослідженнях Ю. Перевощикова, В. Стадника показано, що функціювання механізмів особистісної корекції емоційної напруженості й адаптації до екстремальних фізичних та психічних навантажень у спортсменів має певні кордони [5, 10]. Негативні зміни в психіці спортсменів акумулюються, трансформуються і переходять у патологічні прояви. Тобто загальна закономірність така: чим вище фізичні й психічні навантаження або зростання кількості екстремальних факторів, тим більш суттєві негативні зміни вони викликають у психіці спортсменів. Інакше кажучи, це загальний підхід, який необхідно враховувати дослідникам психічного здоров'я спортсменів.

Однак існує велика кількість питань, що є складовими цієї проблеми, починаючи з якісної та кількісної діагностики психічного здоров'я спортсменів і закінчуючи врахування зв'язків між ним та особистісних характеристик спортсмена – вік, стать, кваліфікація, вид спорту, спортивний стаж тощо.

М. Єникєєв стверджує, що психічне здоров'я забезпечує адекватну психічну саморегуляцію індивіда (відповідність суб'єктивних психічних образів дійсності, психічних реакцій зовнішнім подразникам, їхньому об'єктивному значенню, адаптованість у міжособистісній взаємодії, здатність до цілеспрямованих дій) [2, с. 359].

Аналізуючи твердження С. Головіної, психічне здоров'я – це інтегральна характеристика повноцінності психологічного функціонування індивіда. Розуміння природи і механізмів підтримки, а також розладів і відновлення психічного здоров'я становить собою істотне значення, бо воно є тісно пов'язаним із загальним уявленням про особистість і механізми її розвитку [11, с. 216].

У словнику І. Дубровіної наголошено, що психічне здоров'я характеризують відсутністю хвороби та забезпечує людині адекватну дійсності регуляцію поведінки [2, с. 105].

У колективній праці за редакцією В. Черниха науковці стверджують, що саме психічне здоров'я є резервом сил людини, завдяки якому вона може перебороти несподівані стреси чи труднощі, що виникають за виняткових обставин [9, с. 351].

У ряді психологічних робіт, психічне здоров'я прирівнюється до переживання психологічного комфорту і психологічного дискомфорту. Відомий український психолог С. Максименко зазначає, що пси-

хічне здоров'я – внутрішній психічний стан, який залежить від душевного комфорту, що забезпечує адекватну реакцію і поведінку [7, с. 667].

За А. Ребером, термін «психічне здоров'я» часто використовується саме для характеристики тієї людини, яка функціонує на високому рівні поведінкового й емоційного регулювання, а не просто тієї, яка не є психічно хворою [6].

На думку Р. Поташнюка, психічне здоров'я – це стан психічної сфери, основу якого становить стан загального душевного комфорту, що забезпечує адекватну психоемоційну і поведінкову реакцію. Такий стан, вважає науковець, зумовлюється як біологічними, так і соціальними потребами, а також можливостями їх задоволення [6].

У своїх дослідженнях науковці також виділяють критерії психічного здоров'я особистості, а саме:

– відповідність суб'єктивних образів відображуваним об'єктам дійсності та характеру реакцій – зовнішнім подразникам, значенню життєвих подій;

– адекватний віку рівень зрілості особистісної сфери емоційно-вольовій та пізнавальній;

– адаптивність у мікросоціальних стосунках;

– здатність до саморегуляції поведінки, розумного планування життєвих цілей, підтримання активності в їх досягненні [3].

Одним із ключових критеріїв особистості, як маркера психічного здоров'я, спортсменів слід вважати таку складову психологічної стійкості, як емоційна стійкість. Така думка співпадає з даними дисертаційного дослідження М. Іванової, де наголошено на тому, що емоційна стійкість є одним із головних чинників, від якого залежить психічне здоров'я особистості [6].

Варто зазначити, що критерієм психічного здоров'я спортсменів є здорова особистість, яка характеризується вираженою цілеспрямованістю, активністю, енергійністю, адекватною самооцінкою та самоконтролем.

Одним із критеріїв позитивного стану психіки спортсмена є настрій, тобто позитивний емоційний стан; зрілість почуттів; керування негативними емоціями; збереження звичного оптимального самопочуття та здатність радіти.

На якість життя спортсмена, професійні результати, способи реагування на обставини та взаємовідносини в колективі визначають типом мислення спортсмена. Від того, як ми думаємо, залежить не тільки результативність діяльності та поведінки, а й ставлення до подій. Необхідність розвивати мислення спортсмена привело до виникнення таких понять як «саногенне мислення».

Ідея «саногенного мислення» Ю. Орловим представлена як особливий вид мислення, що призводить до зменшення страждання від негативних емоцій, основна функція якого полягає в конструктивній регуляції емоційних станів людини.

У професійній діяльності спортсмени стикаються з безліччю критичних позицій, у яких від нього вимагають максимально тверезу оцінку того, що відбувається. Крім того під час змагань спортсмен переживає певні емоції, які залежать від його стану, ігрової ситуації, ступеня мотивації, настрою на боротьбу. Емоції можуть набувати різноманітних відтінків, іноді заважаючи спортсмену зосередитися на результаті.

Ю. Орлов писав, що думки, що виникають під впливом емоції, не дають інформації, а сприяють реалізації програми емоції (образливі або сороміцькі думки засліплюють людину, відривають від реальності). В емоційному стані спортсмени мимоволі вибирають той хід думок, до якого вони звикли, так як будь-яка емоція має деяку готову програму послаблення негативного впливу емоції в думках, і втрачають зв'язок з реальністю [4].

Сучасна дослідниця А. Гільман у своїх роботах вказує на те, що саногенне мислення дозволяє людини усвідомити природу емоцій, вміти їх контролювати, не впадати у паніку. Також саногенне мислення відображає вирішення внутрішніх проблем, наприклад як послабити страждання від образи, переживання невдачі [1]. Це є важливим для сучасного спортсмена.

Таким чином, психічне здоров'я охоплює шляхи гармонізації людини, її бажання, амбіції, здібності, ідеали, почуття свідомість та мислення. Воно характеризується відсутністю будь-яких виражених хворобливих змін чи станів особистості, тісно пов'язане із її внутрішнім станом організму.

Висновки з проведеного дослідження. Варто зазначити, що поняття «здоров'я», «психічне здоров'я», «психологічне здоров'я» не можна вважати сьогодні концептуально визначеними й одно-

значними. Психічне здоров'я людини залежить не лише від способу її життя, а також від ставлення самої особистості до свого здоров'я. Кожна людина повинна усвідомлювати стан свого психічного здоров'я та знаходити засоби для його збереження. Психічне здоров'я є цінним ресурсом та необхідною передумовою для успішної професійної діяльності сучасних спортсменів.

Аналіз факторів психічного здоров'я призводять до комплексного підходу в оцінці здоров'я і професійної діяльності спортсмена. Це пов'язано з тим, що не тільки фізичні аспекти здоров'я, але і психологічні багато в чому сприяють позитивному впливу спорту на особистість спортсмена. Таким чином, проблема формування психічного здоров'я спортсменів є складною і для її вирішення потрібні спільні зусилля як тренерів, так і психологів та самого спортсмена.

Перспективою подальших досліджень має бути розробка практичних рекомендацій спортсменам, націлених на збереження їх психічного здоров'я.

Література:

1. Гільман А. Ю. Саногенне мислення як чинник протидії емоційного стресу в навчальній діяльності студента / А. Ю. Гільман // Наукові записки. Серія «Психологія і педагогіка». – Острог: Видавництво Національного університету «Острозька академія», 2014. – Вип.30. – С. 43-50

2. Еникеев М. И. Психологический энциклопедический словарь / М. И. Еникеев. – М.: ТК Велби, Изд-во Проспект, 2006. – 560 с.

3. Корнилова Т. В. Диагностика мотивации и готовности к риску / Татьяна Васильевна Корнилова. – М., 1997. – 232 с.

4. Орлов Ю. М. Саногенное мышление / Ю. М. Орлов; [Сост. А. В. Ребенок, О. Ю. Орлов]. – М.: Слайдинг, 2003. – 96 с.

5. Перевощиков Ю. О. Особливості адаптації організму людини до екстремальних фізичних навантажень та критерії її оцінки: автореф. дис. на здобуття наукового ступеня д. біол. наук: спец. 14.03.04 «Патологічна фізіологія» / Перевощиков Юрій Олексійович. – К., 1996. – 48 с.

6. Пляка Л. В. Психологічне здоров'я як психологічна проблема / Л.В. Пляка // збірник наукових праць Інституту психології ім. Г. С. Костюка НАПН України / за ред. С. Д. Максименка. – К., 2011. – Том XIII. – Ч. 2. – С. 315 – 322.

7. Слободчиков В.И. Антропологический поход к решению проблемы психологического здоровья детей / В.И. Слободчиков, А.В. Шувалов // Вопросы психологии. – 1996. – № 5. – С. 54 – 78.

8. Словарь психолога–практика / сост. С. Ю. Головин. – [2–е изд.]. – М. : Харвест, 2001. – 976 с.

9. Современный психологический словарь / сост. и общ. ред. Б. Г. Мещерякова, В. П. Зинченко. – М., 2007. – 490 с.

10. Стадник В. А. Розвиток механізмів особистісної корекції емоційної напруженості при діяльності в екстремальних умовах (на прикладі спортивної діяльності): автореф. дис. на здобуття наукового ступеня канд. псих. наук: спец. 19.00.03 «Психологія праці; інженерна психологія» / Стадник Володимир Анатолійович. – К., 1999. – 19 с.

11. Шапарь В. Б. Психологічний тлумачний словник найсучасніших термінів / В. Б. Шапарь. – Х.: Прапор, 2009. – 672 с.

Мичка І. В.

ВПЛИВ ЗАНЯТЬ ПАУЕРЛІФТИНГОМ НА ФОРМУВАННЯ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ ТА ЗБЕРЕЖЕННЯ ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТІВ

Спорт є органічною складовою цілісної соціально-педагогічної і виховної системи вишу, він є одним з дійових засобів виховання студентської молоді. Міжособистісні відносини суперництва між студентами-спортсменами, між спортсменами і тренерами, організаторами спортивних заходів, спортивними арбітрами та всі інші відносини складають основу формування впливу спорту на особистість студента, засвоєння ним соціального досвіду у сфері спорту [2, с. 62–63]. Пауерліфтинг, як один із доступних видів спорту, є засобом всебічного фізичного розвитку студентів, а також допоміжним засобом розвитку силових якостей для інших видів спорту. Враховуючи високу його популярність серед молоді, виникає потреба у вивчені впливу занять на формування опорно-рухового апарату та збереження здоров'я, що забезпечить раціональну побудову тренувальних занять студентів. У студентські роки відбувається завершальний етап розвитку організму загалом. Під впливом правильно організованих занять і за умови використання раціональних фізичних вправ, їх дозування, кістковий скелет набуває нових морфологічних та функційних властивостей.

При цьому необхідно враховувати, що причиною розтягів м'язів та зв'язок є різкі рухи з прикладанням більшої сили, ніж потрібно під час виконання вправ з легкою і середньою вагою. Причиною розтягів можуть бути і сильні перегини в суглобах при спробі перебороти надмірно велику вагу, а також різкі руху при недостатній гнучкості суглобів. Для профілактики травматизму варто проводити добру розминку, яка за низької температури в спортивному залі повинна бути більш інтенсивною, ніж у звичайних умовах [1, с. 37].

Більшість студентів вважає, що спорт – це не тільки досягнення високих результатів і участь у змаганнях, а здоровий спосіб життя, краса та гармонія тіла. Тоді як певну частину студентської молоді спорт приваблює не як сфера виявлення духовності, культури та гармонійного розвитку, а передусім – як можливість добитися матеріальних цінностей, заробити гроші, проявити свою перевагу перед іншими, продемонструвати свою жорстокість, агресивність і грубу фізичну силу перед суперником [2, с. 70–71]. Тому критерієм ефективності та якості виховного процесу з фізичного виховання є вихованість студента, тобто наявність у нього високих духовних рис, в основі яких лежить внутрішнє бажання систематично підтримувати свій стан здоров'я, достатній рівень фізичної підготовленості й розвитку, любов до фізичної культури і спорту та здорового способу життя. У процесі фізичного виховання увага викладачів має бути спрямована на перетворення зовнішніх, реальних чинників на внутрішні, ідеальні риси особистості, фізичне здоров'я. Саме для цього необхідно забезпечити викладачів фізичного виховання таким методичним арсеналом, який би активізував студентів до рухової активності, сформував у них фізкультурно-оздоровчі компетентності у цій сфері життєдіяльності [5, с. 70].

Під час розробки програми психолого-педагогічних впливів на студентів необхідно виходити з того, що вирішення проблеми всебічного розвитку особистості можливе за умови цілісного підходу до фізичного виховання, що визначає: а) єдність морального і фізичного виховання; б) єдність цілей і направленості навчальних і позанавчальних занять з фізичного виховання. У зв'язку з цим в навчальних заняттях необхідно робити акцент на освітньо-виховну направленість, тобто максимальну психолого-педагогічну направленість усіх використаних методів, на виховання і формування моральної, організаторсько-управлінської і фізкультурно-спортивної активності студентів. Для вирішення цієї мети застосовувати практику залучення студентів в спільне управління навчально-виховним процесом. При цьому необхідно виходити з того, що студенти можуть самі вибирати вид фізкультурно-спортивних занять для розвитку і удосконалення як фізичних, так і духовних якостей, які відповідають їхнім нахилам, інтересам та вимогам майбутньої професійної діяльності [3, с. 592].

Необхідно враховувати також, що формування опорно-рухового апарату проходить низку періодів, тривалість яких змінюється залежно від різних чинників. Рухова активність студента значною мірою впливає на подальший розвиток скелету. За умови активної спортивної діяльності таз, хребет, нижні кінцівки приймають на себе вагу тіла, особливо це стосується пауерліфтингу, де при підйомі ваги вони отримають додаткове навантаження. Тому заняття пауерліфтингом суттєво впливає на формування опорно-рухового апарату.

Дослідження довели, що саме силові вправи є найбільш ефективними для зміцнення кісткової тканини й нарощування м'язів, які забезпечують належну опірність організму до направлених механічних дій [4]. У студентському віці спостерігають значні зміни, які відбуваються в кістковій тканині. Варто зазначити, що процес окостеніння кісткових тканин протікає нерівномірно та формується в 20–25 років. Надмірні навантаження можуть викликати небажані деформації кісток таза і як наслідок – порушення в розвитку внутрішніх органів, що потрібно враховувати під час дозування навантажень.

Розрізняють три основні типи будови тіла людини: екдоморфний, мезоморфний, ендоморфний. Важливо враховувати належність студента до того чи того типу, оскільки планування навантаження для них буде різним. З метою уточнення типології використовують поєднання таких ознак: діаметр плечей, тазу, грудної клітки, обхват грудей. Студенти широкої статури мають довжину тіла, яка є нижчою від середньої, порівняно короткі руки і ноги, широку грудну клітку, значно краще пристосовані до навантаження силового характеру. Враховуючи вище зазначене констатуємо, що студентам мають бути запропоновані індивідуальні програми занять.

Анатомо-фізіологічні особливості впливають на кінематику рухів і на тактику рухової діяльності. Студенти на заняттях повинні виконувати вправи в міру своїх фізіологічних можливостей, що першою чергою має враховувати тренер-викладач. Інформація про процеси формування адаптаційних характеристик і морфофункційних показників організму в процесі адаптації до силового тренування дозволить в значній мірі запобігти травмам та забезпечити збереження здоров'я студентів.

Вибираючи силові вправи для вирішення відповідного педагогічного завдання, необхідно враховувати їх переважаючий вплив на розвиток певної силової якості, можливість забезпечення локального, регіонального або загального впливів на опорно-м'язовий апарат і забезпечення точного дозування величини навантаження. Під час занять відпочинок може бути активним чи пасивним. Це залежить від інтенсивності виконання вправ та їхньої тривалості. Звичайно малі інтервали відпочинку пов'язані з пасивними рухами, а великі – з вправами активного характеру.

Під час занять пауерліфтингом потрібно враховувати ступінь безпеки вправ для здоров'я, який визначають правильним їх виконанням, рівномірним навантаження, але необхідно пам'ятати, що:

– найбільш травмонебезпечними вправами є всі види присідання, жимів і тяги;

– під час роботи з максимальною вагою необхідне страхування партнера;

– не доцільно виконувати декілька силових вправ поспіль, перенапружуючи хребет;

– під час виконання силових вправ із навантаженням на тулуб потрібно тримати спину рівно;

– у більшості вправ з обтяженнями стопа зазнає великих динамічних і статичних навантажень, уникнути які можна змінюючи вихідні положення: сидячи, на колінах, лежачи, сидячи тощо;

– вправи в одному комплексі складають так, щоб найважчі були на початку і в середині навчальних занять, коли м'язи вже розігріті;

– обов'язковою вправою повинні стати розслаблені виси на перекладині, які розвантажують хребет, покращують обмін речовин;

– закінчувати навчальні заняття потрібно з поступовим зниженням навантаження.

Вище були викладені загальні положення занять силовими вправами. Різноманітність варіантів поєднання різних компонентів навантажень, опору, тренажерів, різних вправ створюють можливості щодо застосування практично безмежної кількості ефективних комплексів силових вправ, що забезпечить збереження здоров'я студентів.

Література:

1. Грибан Г. П. Правила техніки безпеки, профілактики спортивного травматизму і надання першої допомоги на заняттях з фізичного виховання, спортивних тренуваннях і фізкультурно-масових заходах / Г. П. Грибан. – Житомир, ДАУ, 2005. – 123 с.

2. Грибан Г. П. Теоретико-методологічні, соціальні та психолого-педагогічні аспекти духовного розвитку особистості студента в галузі фізичного виховання і спорту / Г. П. Грибан // Наук.-метод. розробки для студ., викл. кафедр фіз. вихов. та тренерів. – Житомир, ДАЕУ, 2008. – 122 с.

3. Грибан Г. П. Шляхи розвитку особистості студента засобами фізичного виховання в нових соціально-економічних умовах / Г. П. Грибан, С. С. Ніколайчук, С. Г. Ніколайчук // Духовність як основа консилідації суспільства. Аналітичні розробки, пропозиції наукових та практичних працівників: міжвід. наук. зб. – К.: НДІ «Проблеми людини», 1999. – Т. 16. – С. 588–594.

4. Грибан Г.П. Педагогічні засади навчання силових вправ з паерліфтингу студентської молоді в освітньому процесі з фізичного виховання / Г. П. Грибан, І. В. Мичка // Вісник Кам'янець-Подільського нац. ун-ту імені Івана Огієнка. Фізичне виховання, спорт і здоров'я людини / [редкол.: І. І. Стасюк (відп. ред.) та ін.]. – Кам'янець-Подільський: Кам'янець-Подільський нац. ун-т ім. І. Огієнка, 2018. – Вип. 11. – С. 102–110.

5. Грибан Г. П. Передумови створення методичної системи фізичного виховання студентів вищих навчальних закладів / Г. П. Грибан // Слобожанський науково-спортивний вісник : [наук.-теорет. журн.] – Харьків: ХДАФК, 2014. – № 2 (40). – С. 67–71.

Опанасюк Ф. Г., Скорий О. С., Плотіцин К. В., Пантус О. О., Ободзінська О. В.

ФІЗИЧНА АКТИВНІСТЬ СТУДЕНТІВ – ОСНОВА ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ

Систематичні заняття фізичними вправами створюють великі можливості для формування позитивних рис особистості, розвивають активність і викликають почуття впевненості та бадьорості, вдосконалюють фізичні і психічні якості, а все це сприяє підготовленості студентів до життєдіяльності. Тому фізична активність студентів є однією із передумов здорового способу життя. На превеликий жаль, засоби фізичної культури і спорту не знайшли ще гідного місця в житті переважної частини учнівської і студентської молоді. Для педагогів, батьків, усіх працівників молодіжних організацій дуже важливо зробити все можливе для того, щоб фізична культура посіла чільне місце в ієрархії життєвих цінностей молоді. Важливо, щоб пріоритетним завданням держави, педагогів, медичних працівників стало формування у дітей та їх батьків усвідомлення того, що здорова нація є показником цивілізованої держави. Адже якість освіти не зводиться лише до здобуття знань, умінь і навичок, а й тісно пов'язана з категоріями здоров'я, комфортності, щастя, благополуччя, самореалізації [6, с. 13–14].

Студенти повинні систематично і цілеспрямовано займатися фізичними вправами протягом всього періоду навчання у виші, а критеріями оцінки цієї роботи можуть бути стан здоров'я, рівень фізичної працездатності, рівень фізичного розвитку і фізичної підготовленості, результати оцінки виконання тестів з фізичної підготовки і професійно-прикладної фізичної підготовки тощо [3, с. 8]. Одним з випробуваних способів зміцнити здоров'я, підвищити опірність організму до різних захворювань і його пристосованість до чинників зовнішнього середовища, що змінюються, є загартовування. Основний принцип загартовування, заснований на тренуванні, полягає в застосуванні подразників поступово наростаючої інтенсивності. Загартовування повинні проводити систематично, без перерв, протягом тривалого часу. У випадку перерви поновлення курсу варто починати з подразників, інтенсивність яких слабша передуючих перерві [2, с. 154].

Водночас низький рівень світогляду та мотивації в галузі здоров'я, оздоровчої фізичної культури, здорового способу життя негативно впливає на процес рухової активності студентської молоді, що своєю чергою погіршує стан здоров'я, рівень фізичного розвитку, фізичної підготовленості та збільшує кількість захворювань. Тому розробка здоров'язбережувальних технологій у фізичному вихованні потребує вивчення наслідків недостатньої рухової активності студентів на стан їхнього здоров'я, кількісні показники захворюваності та їх вплив на працездатність [4, с. 57]. Фізична активність є основною формою поведінки студентів в зовнішньому середовищі. М'язові скорочення мають велике значення для збереження здоров'я та підтримання високої працездатності. Вони являють собою природну біологічну потребу, як чинник розвитку органів та регулюючих систем організму, що забезпечує нормальний розвиток організму, підтримує життєдіяльність та забезпечує тривалу адаптацію зв'язку з навколишнім середовищем (пересування, захист, споживання тощо).

Тривала, поступово розвиваюча адаптація організму студентів до фізичних навантажень у незвичних умовах навколишнього середовища є важливим чинником підвищення резистентності здорового організму, профілактики різних захворювань, розкриття внутрішніх механізмів пристосування до нових умов та вимог професійної діяльності [5, с. 2010–211]. Тому фізична культура та спорт відіграють важливу роль у формуванні, зміцненні та збереженні здоров'я студентів. Разом з тим, у нас має місце недооцінка соціально-економічної оздоровчої та виховної ролі фізкультури та спорту, що негативно впливає на здоров'я людини. Наукові дослідження підтверджують, що фізична культура посідає одне з важливих місць в житті людини. Вона сприяє зниженню захворюваності, продовженню трудової діяльності людини, підвищенню продуктивності праці, раціональному використанню вільного часу, формуванню соціально-психологічних відносин, оздоровленню психологічного клімату у виробничих колективах, профілактиці пияцтва й алкоголізму, формуванню людини як особистості, поліпшенню

здоров'я в умовах негативного впливу навколишнього середовища, в тому числі й радіаційного забруднення [1, 7].

Фізичну активність людини в наш час не можна розглядати окремо від соціального та культурного розвитку суспільства [8, с. 14]. Культурна спадщина людства містить в собі чимало корисної інформації щодо фізичної активності попередніх поколінь, вона володіє безцінним досвідом розвитку як масового спорту, так і вищих спортивних досягнень. Вдосконалення людини за допомогою занять фізичною культурою, спортом – найважливіша умова прогресивного розвитку її розумових та фізичних здібностей. Багатовіковий досвід застосування рухів з різною метою дозволив виявити ефект зворотної дії – тривало виконуючи певні трудові рухи, людина сама зазнавала відповідних змін, до того ж, ці зміни мали характер точного пристосування до конкретного виду діяльності людини, підвищуючи її фізичні можливості.

У міру усвідомлення явища «зворотної дії», що отримало назву «тренованості», виділяють спеціальні рухи (фізичні вправи), які застосовують з метою спрямованого впливу на розвиток фізичних здібностей та підготовку людини до різних видів діяльності. Особисті рухові характеристики людини можуть змінюватись під впливом фізичних навантажень, які формуються в процесі активних, педагогічно правильно організованих занять фізичними вправами. Становлення людини проходило в умовах високої рухової активності, яка була умовою її існування та розвитку. Координованість всіх систем організму формувалась в процесі еволюції на фоні активної рухової діяльності. Недостатність рухів в сучасному суспільстві – соціальний, а не біологічний феномен. Спорт та фізичні вправи сприяють формуванню популяції людей, більш стійких до негативного впливу цивілізації, – малорухомого способу життя, погіршення екології, стресів тощо. У процесі еволюції на землі вижили загалом ті популяції, в яких генетична стійкість до фізичних навантажень виявилась більш високою.

Фізична активність людини, в кінцевому рахунку, спрямована на зміну стану її організму, на набуття нового рівня фізичних якостей та здібностей, який не може бути досягнутий ніяким іншим шляхом, крім тренувань. При цьому в процесі спортивного тренування можна виділити два взаємопов'язані боки: *перетворювальний* – вдосконалення людиною своєї природи, розширення меж своїх можливостей та *пізнавальний* – набуття суми знань, умінь та навичок, які необхідні для досягнення високих спортивних показників, успішної громадської та виробничої діяльності. Розуміння цього є важливим для того, хто не тільки проводить тренування, але і для всіх, хто займається фізичними вправами та спортом.

Література:

1. Грибан Г. П. Повышение социальной значимости физического воспитания в подготовке будущих специалистов сельского хозяйства / Г. П. Грибан // Физическая культура и спорт в повышении социальной активности студентов: сб. науч. трудов. – Умань, 1990. – С. 38–45.

2. Грибан Г. П. Правила техніки безпеки, профілактики спортивного травматизму і надання першої допомоги на заняттях з фізичного виховання, спортивних тренуваннях і фізкультурно-масових заходах / Г. П. Грибан. – Житомир, ДАУ, 2005. – 123 с.

3. Грибан Г. П. Проблеми фізичного виховання в умовах євроінтеграції / Г. П. Грибан // Буковинський науковий вісник. – Вип. 3. – Чернівці, ЧНУ, 2007. – С. 6–10.

4. Грибан Г. П. Роль рухової активності в житті студентів / Г. П. Грибан, В. М. Романчук, С. В. Романчук // Спортивна наука України. – Львів: ЛДІФК, 2014. – № 4. – С. 57–62.

5. Грибан Г. П. Теорія адаптації і законномірності її формування у процесі фізичного виховання / Г. П. Грибан, Ф. Г. Опанасюк // Наук.-теорет. збірник. Вісник Державної агроекол. акад. України, № 1, 2000. – С. 210–218.

6. Грибан Г. П. Безпека життєдіяльності у фізичній культурі і спорті: навч. посібник / Г. П. Грибан, В. Г. Гамов, В. Р. Зорнік. – Житомир: Вид-во «Рута», 2012. – 536 с.

7. Грибан Н. Г. Стан та перспективи розвитку фізичної культури і спорту в соціальній інфраструктурі села / Н. Г. Грибан, Г. П. Грибан // Молода спортивна наука України: зб. наук. праць з галузі фізичної культури та спорту. – Вип. 10. Т. 3. – Львів: НВФ «Українські технології», 2006. – С. 22–27.

8. Опанасюк Ф. Г. Основи розвитку фізичних якостей студентів: навч.-метод. посіб. / Ф. Г. Опанасюк, Г. П. Грибан. – Житомир: Вид-во «Державний агроекологічний університет», 2006. – 332 с.

Стадніков Г. В., Іванів О. І., Стретович Д. А.

ВДОСКОНАЛЕННЯ ОСВІТНЬОГО ПРОЦЕСУ З ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ ЗА ДОПОМОГОЮ КОМП'ЮТЕРНИХ ТЕХНОЛОГІЙ

Постановка проблеми. Сучасний етап розвитку вищої освіти в Україні та євроінтеграційні процеси, що відбуваються у суспільстві, висувають принципово нові вимоги до змісту теоретико-методологічних, нормативно-правових, організаційних основ системи фізичного виховання особистості, яка має забезпечити належний рівень формування інтелектуального потенціалу, повну реалізацію вроджених задатків, розвиток і удосконалення здібностей особистості. Ці питання є дуже важливими для практики фізичного виховання молоді у закладах вищої освіти України. Одним із пріоритетних шляхів вирішення всього комплексу назрілих проблем є дослідження, систематизація, узагальнення та імплементація у практику фізичного виховання вищої школи передового світового педагогічного досвіду країн, які близькі Україні за етнічними та суспільно-економічними процесами. На наш погляд, саме досвід університетів Польщі та вивчення здобутків у цій сфері розкриває нам шляхи модернізації системи освіти.

Аналіз досліджень і публікацій. Проблеми вдосконалення системи фізичного виховання молоді у закладах вищої освіти вивчали провідні вітчизняні науковці, а саме: Б. Шиян, М. Солопчук, С. Сингаєвський, А. Дубогай, Т. Круцевич, А. Куц, Р. Раєвський, Т. Базилюк, О. Гобенко, В. Левицький, В. Мартиненко, І. Лисенко, М. Примак, В. Савченко, Л. Сущенко та ін. Проведений аналіз науково-педагогічної та методичної літератури засвідчив, що наразі майже відсутні комплексні наукові праці, які присвячені дослідженню досвіду системно-організаційних, теоретико-методологічних та нормативно-правових аспектів фізичного виховання молоді в системі вищої освіти Польщі.

Входження України до європейського простору вищої освіти активізує вивчення зарубіжного досвіду, зокрема досвіду роботи університетів Польщі стосовно удосконалення організації освітнього процесу засобами інтернет-ресурсів, що досі не було об'єктом спеціального вивчення.

Формулювання цілей статті. Під час вивчення досвіду університетів Польщі, охарактеризувати особливості впровадження комп'ютерних технологій у процес фізичного виховання студентів у Національному університеті «Острозька Академія».

Виклад основного матеріалу. Модернізація освіти в Україні потребує активного пошуку нових форм, методів та засобів навчання, підготовку підростаючого покоління до життя в умовах ринкової економіки. «В сучасних умовах освітній процес студентів повинен бути спрямований на виконання нового соціального замовлення – формування самостійної, ініціативної, творчої та здорової особистості» [1, с. 34]. Одним із шляхів вирішення цього важливого соціального завдання є вивчення позитивного польського досвіду, що може стати реальною основою цілеспрямованої активізації резервних можливостей студентів.

Дослідження Н. І. Наумової, яка проводила анкетування викладачів п'яти ЗВО України, щодо відношення викладачів з фізичного виховання до використання комп'ютерних програм дозволило виявити, що всі без винятку викладачі фізичного виховання хотіли б мати фахові комп'ютерні програми та використовувати їх під час навчального процесу. Перевагу надано, передусім навчальним (78 %), інформаційним (71 %) і найменше (42 %) – контролюючим програмам [2].

На наш погляд, одним із найбільш ефективних способів застосування таких програм стають інформаційні сайти університетів. У цьому контексті вважаємо доцільним звернутися до досвіду польських університетів.

Процес фізичного виховання у класичних університетах Польщі координують Студіуми фізичного виховання і спорту – SWFiS (*Studium Wychowania Fizycznego i Sportu*), які щорічно готують широкий спектр пропозицій щодо спортивних, тренувальних та оздоровчих занять у межах занять з фізичного виховання для університетської молоді. Заняття з фізичного виховання проводять також як спортивні секції при SWFiS Академічним Спортивним Союзом – AZS *(Akademicki Zwiqzek Sportowy).* Також в університетах запроваджена інтернет-система USOS – Університетська система обслуги студентів *(Uniwersytecka*

Systema Obslugi Studiow), яка надає всю інформацію про заняття з фізичного виховання, секції, умови запису на них, кількість місць у групах, розклад, умови отримання заліку, новини тощо [5; 6; 7].

У Варшавському університеті *(UW)* SWFiS та AZS щорічно пропонують студентам широкий спектр занять з фізичного виховання та велику кількість секцій. Відкритий Центр спорту і рекреації (*Centrum Sportu i Rekreacji UW*) зі спортивними залами, басейном та стіною для скелелазіння. Частина занять доступна також для студентів, які вже завершили курс з фізичного виховання. На підставі Постанови Сенату Варшавського університету від 21 червня 2006 р. змінено програми з фізичного виховання (*Uchwala Senatu Uniwersytetu Warszawskiego z dnia 2006-06-21 w sprawie zmiany Uchwaly nr 114 Senatu UW). У* програмі стаціонарного навчання обов'язковими є 4 семестри навчально-тренувальних занять. Студенти, які навчалися раніше, керувалися вимогами програми з фізичного виховання, розробленими Радою факультетів *(Rada Wydzialow)*. Для студентів-заочників заняття із фізичного виховання не є обов'язковими [6].

Семестр фізичного виховання може містити відвідування занять, запропонованих інтернет-системою USOS – університетською системою обслуги студентів *(Uniwersytecka Systema Obslugi Studiow)*. Записатись на них можна тільки шляхом «жетонової реєстрації» *(rejestracji zetonowej)*. Інформацію щодо цього питання надають на спеціальній інтернет-сторінці у програмі «Rejestracji zetonowej» на сайті Варшавського університету. Заняття з фізичного виховання, що проводить SWFiS, є безкоштовними. Студентам пропонують 24 різновиди занять SWFiS, які містять не тільки традиційні види спорту, а й нові екстремальні види спорту, також заняття, що проводять англійською мовою. AZS пропонує 16 секційних занять. Тільки після узгодження з керівником секції студент буде зареєстрований у системі USOS. Пропонують також 15 платних занять з фізичного виховання, до складу яких входять східні єдиноборства, йога, альпінізм, бадмінтон та танці, що проводить SWFiS та AZS-UW. Є також зовнішні заняття з фізичного виховання (верхова їзда, фехтування, різні школи танцю), що проводять шляхом співпраці міських спортклубів з SWFiS. Ці заняття платні (тільки запис в USOS дає змогу зарахування семестру з фізичного виховання) [5]. Після завершення реєстрації, студенти, які не зареєструватися через Інтернет, не отримають залік. Для того, щоб зареєструватись на заняття з фізичного виховання студент повинен:

1) вибрати відповідний вид занять;

2) зареєструватись на заняття в системі USOS (жетонова реєстрація) тільки через Інтернет. Реєстрація відбувається до вичерпання ліміту місць у групі (кількість місць показана на сайті);

3) якщо студент вибрав платні курси, то повинен внести 150 злотих на оплату організації занять.

Записи на заняття проходять 3 тури. У першому турі студент може записатись на 1 вид занять. У другому турі студент може:

1) записатись на заняття, якщо не зробив того вчасно;

2) змінити заняття (записатись на інші заняття);

3) у окремих ситуаціях можна записатись на 2 різних види занять у 2 різних дні тижня того ж семестру.

Реєстрацію до спортивних секцій проводять тільки за посередництвом тренерів. Студенти, зареєстровані в осінньому семестрі, автоматично переходять у весняний семестр, якщо до них немає претензій у тренерів та викладачів.

Терміни реєстрації суворо обмежені. На осінній семестр навчального року перший тур триває 10 днів, другий – 5 днів, третій – 2 дні. Терміни запису на кожну секцію показані на сайті USOS. Відсутність через хворобу або від'їзд у період запису не звільняє від реєстрації через Інтернет у визначені дати. Студенти, котрі не записались на заняття під час активної реєстрації, незважаючи на причину, не можуть отримати залік. Реєстрація на курс означає використання 30-и жетонів з фізичного виховання. Якщо студент записався на курс з фізичного виховання і не закрив його або не відвідує занять, незважаючи на причину, втрачає 30 жетонів. Викупити втрачені жетони можна, якщо студент сплатить 150 злотих. З усіма вимогами стосовно отримання заліку студенти обов'язково повинні ознайомитись на інформаційному сайті університету [6].

У багатьох інноваційних розробках, що запроваджують у класичних університетах Польщі, пропонують популярні види спорту, зокрема нові, а іноді й екстремальні, які найбільш цікаві молодому поколінню. І все це для того, щоб надати процесу фізичного виховання плановості та ефективності.

У НаУОА процес фізичного виховання забезпечує кафедра фізичного виховання. Перед викладачами фізичного виховання наразі є нелегке завдання, зі зменшенням частки вільного часу студентів, створити у загальній системі навчання режим найбільшого сприяння до занять з фізичного виховання та спорту, і як наслідок, набуття знань, умінь та навичок у царині фізичної культури та спорту.

Процес фізичного виховання в університеті побудований таким чином, що студенти на заняттях оволодівають, за вибором, певним видом спорту: волейбол, теніс, баскетбол, настільний теніс, футбол, армспорт, софтбол. Також працюють секції з нетрадиційних видів спорту: шейпінг, фітнес, пілатес, степ аеробіка, йога.

Велику увагу приділяють організації позанавчальної діяльності студентів. Проведення великої кількості змагань різного рівня та великий об'єм інформації потребує, на наш погляд, запровадження комп'ютерних технологій у навчальний процес, які значно допоможуть покращити комунікацію між кафедрою фізичного виховання та структурними підрозділами університету, викладачами та студентами.

У НаУОА запроваджена інформаційна система «Деканат», у якій студенти можуть ознайомитись та вибрати навчальні програми з фізичного виховання, коригувати графік відвідування занять у зручний для себе час. Кожен студент має змогу переглянути свій актуальний розклад [4].

Кафедрою фізичного виховання створено сайт, на якому публікують основі спортивні події НаУОА, а саме: анонси спортивно-масових заходів, перемоги збірних команд університету в змаганнях різного рівня, зміни місця та часу проведення занять, історія розвитку спорту в НаУОА [3]. Створені групи у соціальних мережах з окремих видів спорту, допомагають студентам спілкуватися з викладачами, знайомитись з відео-матеріалами та оперативно вирішувати важливі питання.

Якщо проаналізувати усе вище сказане, то упровадження інновацій дозволить:

- суттєво покращити поінформованість студентів;
- надати їм можливість обирати ті види фізкультурної діяльності, які найбільше їм подобаються;
- брати участь у заняттях кожному студенту, незалежно від його фізичної підготовленості;
- значно покращити позанавчальну та самостійну роботу студентів.

Висновки. Упровадження інновацій в організацію освітнього процесу з фізичного виховання да змогу змінити ставлення університетської молоді до особистого здоров'я. Залучення студентів до занять завдяки інформаційним технологіям та надання їм самостійності у цьому питанні, веде до появи творчої активності, самовираження та затвердження гідності особистості.

Застосування інформаційних технологій щодо організації навчальної та виховної роботи підвищить інтерес до занять з фізичного виховання, бажання вести здоровий спосіб життя, фізично розвиватись і вдосконалюватись. Інтернет-ресурси повинні бути доступні як викладачу, так і студенту. Створення спеціальних інтернет-сторінок, які висвітлюють питання організації процесу фізичного виховання в університетах, підвищує якість формування фізичної культури студентів.

Ефективність використання позитивного досвіду наших найближчих сусідів залежить від активності та бажання викладачів українських вишів використовувати різноманіття педагогічного інструментарію, підключати прогресивні інформаційні технології, постійно модернізувати освітній процес.

Література:

1. Горбунов С. А. Реализация инновационных подходов в системе физического воспитания / С. А. Горбунов, С. С. Горбунов // Теория и практика физической культуры. – 2010. – № 5. – С. 33 – 35.

2. Наумова Н. І. Аналіз відношення викладачів фізичного виховання до використання комп'ютерних програм / Концепція розвитку галузі фізичного виховання і спорту в Україні. Зб. Наукових праць. – Рівне: «Ліста». – 1999. – ст. 229

3. Кафедра фізичного виховання НаУОА [Електронний ресурс] / Режим доступу : http://sport.oa.edu.ua/

4. Система «Деканат» [Електронний ресурс] / Режим доступу : https://dekanat.oa.edu.ua/

5. Studium Wychowania Fizycznego i Sportu UW [Електронний ресурс] / Режим доступу: http://www.wfisport.uw.edu.pl/index.php

6. Rejestracja zetonowa USOS [Електронний ресурс] / Режим доступу : http://rejestracja.usos.uw.edu.pl/

7. Uniwersytety w Polsce [Електронний ресурс] / Режим доступу : http://pl.wikipedia.org/wiki/Uniwersytety_w_Polsce#Uniwersytety

Ткаченко П. П., Скорий О. С., Курилло Т. В., Пилипчук П. Б.

ФІЗИЧНЕ ВИХОВАННЯ СТУДЕНТІВ НА ОСНОВІ ОСОБИСТІСНО-ОРІЄНТОВАНОГО ВИБОРУ ВИДУ РУХОВОЇ АКТИВНОСТІ

Система фізичного виховання в Україні, історія якої започаткована десятки століть тому, продемонструвала свою життєздатність і спроможність до постійного оновлення і змін, до сприяння перетворення і прогресу у суспільстві. Темпи перетворень і розвитку у сфері фізичного виховання привели до зміни людини та її соціальних інститутів. Розвиток системи фізичного виховання у вищих освітніх закладах визначено потребами суспільства та окремих його членів і обумовлено рівнем розвитку матеріального виробництва, соціальними уявленнями про мету, завдання, засоби, зміст і методи, які мають бути складниками певної методичної системи [3, с. 30]. Фізичне виховання учнівської і студентської молоді має відображати нові підходи до формування гармонійного розвитку особистості, формувати у кожного учня дбайливе ставлення до власного здоров'я та фізичної кондиційності, комплексно розвивати фізичні й психічні якості, сприяти активному і творчому використанню засобів фізичної культури та спорту в організації й здійсненні здорового способу життя [5, с. 13]. У такому разі формування та реалізація бажання використовувати рухову активність у повсякденній діяльності повинні відбуватись на підставі індивідуальних особливостей і потреб кожного студента.

Високий рівень рухової активності студентів сприятливо впливає на розвиток їхніх фізичних якостей, рівень фізичної підготовленості та здоров'я забезпечує успішне виконання програмових вимог і тестів. Помітне зниження долі рухової активності у режимі життєдіяльності студентів створило систему протиріч між значним інтелектуальним і недостатнім фізичним навантаженням. Нині існує висока залежність фізичного здоров'я і функційного стану організму від рівня рухової активності студентів. Недостатня рухова активність призводить до порушення у роботі м'язового апарату, внутрішніх органів, змін структури скелетних м'язів і міокарда та порушення функціонування всіх систем організму. Під час низької рухової активності у студентів з'являється апатія, відсутність уваги й зосередженості, порушений сон, знижена м'язова сила та координація [2, с. 59].

Традиційна система фізичного виховання у вищих освітніх закладах не розв'язує повністю проблеми оптимізації фізичної підготовленості, фізичного стану та формування мотиваційної сфери студентів. Важливою формою активізації навчального процесу за ствердженням Г. П. Грибана є проведення модульного контролю протягом навчального року, це дозволяє студенту отримати залік або диференційовану залікову оцінку до сесії, що значно підвищує рівень мотивації студентів у процесі навчальних занять [1, с. 890].

Основними позиціями оновлення педагогічної системи фізичного виховання повинні стати демократизація і гуманізація його основних положень, розвиток соціокультурних аспектів, посилення освітньої спрямованості і творче освоєння цінностей фізичної культури. У такому разі фізкультурно-спортивно діяльність варто розглядати як одну зі сторін духовного виховання особистості студента. Соціальна роль її полягає у використанні студентами вільного часу, боротьбі з антигромадською поведінкою, вихованні духовності, зміцненні здоров'я, а також позитивному впливові її на широкі маси студентської молоді, яка безпосередньо не займається фізичними вправами та спортом [4, с. 18]. Для цього необхідно: здолати педагогічний консерватизм у системі фізичного виховання, відродити його демократичні традиції та ідеали, усунути відчуження системи фізичного виховання від життя, розвитку особистості і культури.

Аналіз літературних джерел вказує на відсутність достатньої кількості та якості джерел, спрямованих на формування у студентів особистісно-орієнтованого вибору рухової активності. Тому мета статті полягає у вивченні особистісно-орієнтованого вибору виду рухової активності в навчальному процесі з фізичного виховання.

Основу особистісно-орієнтованого фізичного виховання становить можливість впливати на етичну й естетичну сфери особистості, внаслідок чого відбувається формування здатності та вміння бачити, сприймати і розуміти прекрасне у спортивних рухах, наслідувати їх у своїх діях і діяльності внаслідок власного фізичного вдосконалення. Особистісно-орієнтаційні функції слід розглядати у двох аспектах [6]. Перший аспект припускає сформованість диференціації студентом різних цінностей у міру їх важливості «особисто для себе». Другий передбачає формування морального, світоглядного, етичного та естетичного оцінювання студентом явищ дійсності і знаходження себе у ній. У результаті цього здійснено соціалізацію особистості на основі засвоєння цінностей соціального досвіду, формування активної життєвої позиції. Реалізація фізкультурно-оздоровчої діяльності дає можливість розширити знання про можливості власного організму, що становлять основу пошуку шляхів удосконалення себе для життєдіяльності.

Тоді ж педагогічний досвід показує, що якщо фізичне виховання «замкнуте» на руховій діяльності і цілеспрямовано не впливає на духовний розвиток і чуттєву сферу людини, то він разом із позитивними моральними якостями може формувати асоціальну поведінку та егоїстичні спрямування особистості. Переважання тілесного компонента у змісті фізичного виховання проти соціокультурного призводить до деформації цінностей фізичного виховання, внаслідок чого фізичне виховання втрачає риси гуманістичної спрямованості педагогічного процесу, його загальнокультурну і моральну змістовність.

Нині в Україні не існує чітких офіційних вимог до фізичної підготовки фахівця з вищою освітою. Це породжує необхідність створення умов для особистісно-орієнтованої фізкультурно-оздоровчої системи педагогічних дій для студентів, здійснення змістовної і методичної диференціації відповідно до закономірностей фізичного, психічного і соціального розвитку кожного студента. Як правило, переважають нетрадиційні форми фізичного виховання, що змінюють традиційну урочну форму організації занять. Важливим є залучення студентів до участі у спортивно-масових заходах. Велику увагу зосереджено на підвищення престижності участі у факультетських і університетських змаганнях з популярних видів спорту.

Обґрунтування необхідності модернізації системи фізичного виховання в освітніх закладах має бути побудована на принципах особистісно-орієнтованої рухової активності, спрямованої на збереження здоров'я і фізичної підготовленості молоді. Особливість формування у студентів особистісно-орієнтованого вибору видів рухової активності полягає в особистій мотивації і усвідомленості обраного виду фізкультурної діяльності.

Фізичне виховання як навчальна дисципліна дозволяє сформулювати поняття дослідження «особистісно-орієнтоване фізичне виховання» під яким слід розуміти процес цілеспрямованого освоєння ціннісного потенціалу фізичної культури і спорту, ціннісних орієнтацій на фізичне самовдосконалення і здоровий спосіб життя, розвиток рухових навичок і умінь, індивідуального фізкультурно-оздоровчого стилю життя.

Література:

1. Грибан Г. П. Оцінка якості впровадження модульно-рейтингової системи в навчальний процес з фізичного виховання / Г. П. Грибан // Олімпійський спорт і спорт для всіх: тези доповідей IX Міжнар. наук. конгресу 20–23 вересня 2005 р. Київ, Україна. – К.: Олімпійська література, 2005. – С. 890.

2. Грибан Г. П. Роль рухової активності в житті студентів / Г. П. Грибан, В. М. Романчук, С. В. Романчук // Спортивна наука України. – Львів: ЛДІФК, 2014. – № 4. – С. 57–62.

3. Грибан Г. П. Тенденції розвитку методичної системи фізичного виховання в освітній практиці у XX столітті / Г. П. Грибан// Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту: науковий журнал. – Харків, ХОВНОКУ-ХДАДМ. –№ 8. – 2012. – С. 30–33.

4. Грибан Г. П. Теоретико-методологічні, соціальні та психолого-педагогічні аспекти духовного розвитку особистості студента в галузі фізичного виховання і спорту / Г. П. Грибан // Наук.-метод. розробки для студ., викл. кафедр фіз. вихов. та тренерів. – Житомир, ДАЕУ, – 2008. – 122 с.

5. Грибан Г.П. Безпека життєдіяльності у фізичній культурі і спорті: навч. посібник / Г. П. Грибан, В. Г. Гамов, В. Р. Зорнік. – Житомир: Вид-во «Рута», 2012. – 536 с.

6. Лубышева Л. И. Современный ценностный потенциал физической культуры и спорта и пути его освоения обществом и личностью/ Л. И. Лубышева // Теория и практика физической культуры. – 1997. – № 6. – С. 10–15.

Чумаченко Т. О., Клименко В. А., Чайченко Т. В., Гончар М. А.,
Райлян М. В., Поливянна Ю. І., Семішев В. І.

ОБІЗНАНІСТЬ ШКОЛЯРІВ ХМЕЛЬНИЦЬКОЇ ОБЛАСТІ ЩОДО ЙОДОДЕФІЦИТНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ТА ЗАСОБІВ ЇХ ПРОФІЛАКТИКИ

Вступ. Актуальність проблеми профілактики захворювань, пов'язаних із йодною недостатністю, обумовлена тим, що значна частка населення України мешкає в регіонах із різним ступенем йодного дефіциту. Йод – обов'язковий структурний компонент гормонів щитоподібної залози (ЩЗ), які забезпечують повноцінний розвиток і функціонування організму людини. Світова медицина визнала йодну недостатність основною причиною формування розумової відсталості й незворотних ушкоджень мозку. Спектр йододефіцитних захворювань дуже широкий: від порушень репродуктивної функції до специфічних захворювань щитоподібної залози, тому цей мікроелемент повинен надходити до організму щоденно.

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) більше третини жителів Землі мешкає в умовах природного йодного дефіциту, із них близько 31 % дітей шкільного віку не захищені від йодної недостатності, зокрема й Європа, де їхня кількість значно більше 52 % [1].

Добова потреба в йоді залежить від віку та фізіологічного стану людини й складає для дітей шкільного віку 120-150 мкг. Йод потрапляє в організм зі їжею. За умови дефіциту йоду в ґрунті харчові продукти містять недостатню кількість цього мікроелементу. Найбільші запаси йоду в природі знаходять у морській воді, повітрі та ґрунті приморських районів, морських водоростях, молюсках і морській рибі. За даними ВООЗ, найкращим, дешевим та ефективним засобом профілактики захворювань, зумовлених йододефіцитом, є йодування солі.

Відповідно до картограми йододефіциту, територія України поділена на 4 зони: регіони з вираженим йододефіцитом, регіони з частково вираженим йододефіцитом, регіони з помірним йододефіцитом та регіони з незначним йододефіцитом і достатньою забезпеченістю йодом. Хмельницьку область відносять до регіону з частково вираженим йододефіцитом.

Мета дослідження: оцінка рівня знань серед дітей шкільного віку Хмельницької області щодо йододефіцитних захворювань та засобів їхньої профілактики.

Матеріали та методи. У травні 2018 р. проведено крос-секційне дослідження обізнаності школярів Хмельницької області щодо йододефіцитних захворювань та засобів їхньої профілактики. На добровільних засадах було проведено анонімне опитування 87-х дітей шкільного віку Хмельницької області (учнів 1–4 класів віком 6–10 років, 22 особи; 5–8 класів віком 10–15 років, 30 осіб; 9–11 класів віком 15–17 років, 35 осіб) для виявлення рівня знань щодо проблеми дефіциту йоду в організмі та захворювань, пов'язаних із йодною недостатністю. Анкета містила 10 соціально-демографічних питань (ім'я, стать, вік та ін.) та 8 або 9 питань (залежно від віку дитини) про йододефіцит в організмі людини. Анкетування проведено відповідно до біоетичних вимог.

Результати. Респондентам було запропоновано відповідно до віку відповісти на 8-9 питань, які стосувалися обізнаності щодо йодної недостатності в організмі людини, можливих наслідків захворювань та шляхів їхньої профілактики.

Під час проведення аналізу відповідей учнів школи з'ясовано, що використовують сіль для приготування готових страв вдома 79,3 % опитаних (69 учнів); 16,1 % дітей відповіли, що не знають відповіді на це питання та 3,45 % дітей відповіли, що для приготування готових страв вдома не використовують сіль зовсім. Найбільша частка, використовують сіль для приготування готових страв; серед учнів молодшого та середнього віку загальне відсоткове число таких дітей – 63,6 % та 80,0 % відповідно. Серед учнів старшого віку зафіксовано найбільшу кількість осіб, які не використовують сіль для приготування готових страв, їхня частка склала 5,7 %. Діти молодшого віку часто не знали відповіді на це питання, відсоткове число таких дітей дорівнювало 31,8 %.

З'ясовано, що 74,7 % респондентів (65 учнів) чули про недостатність йоду в організмі, 9,2 % опитаних (8 дітей) дали негативну відповідь на це питання, а 13,8 % відповідачів (12 дітей) не знають взагалі про проблему йододефіциту.

Серед тих, хто чув про недостатність йоду, переважали учні старшого віку, їхня частка сягала 82,86 %, серед учнів середнього віку 25,3 % опитаних та серед школярів молодшого віку 63,6 % опитаних чули про недостатність йоду. Серед учнів старшого шкільного віку тих, хто не чув про проблему недостатності йоду, не було, але серед учнів молодшого віку спостерігали найбільший відсоток осіб, які не чули про цю проблему – 31,8 %.

На питання «чи використовують у родині йодовану сіль під час приготування страв» 26,4 % дітей (23 дитини) дали позитивні відповіді; 36,8 % дітей (32 дитини) відповіли, що не користуються йодованою сіллю в родині; 29,9 % респондентів (26 дітей) відповіли, що не знають, якою сіллю користуються в їхніх родинах; про те, що солі немає вдома, відповіли 1,15 % респондентів. Діти молодшого шкільного віку частіше не знали, яку сіль використовують удома для приготування готових страв, їхня відсоткова частка склала 68,2 % (15 дітей). Діти середнього шкільного віку частіше використовують йодовану сіль (33,3 % дітей), а серед учнів старшого віку частіше використовують нейодовану сіль – 45,7 % опитаних (16 старшокласників).

У процесі аналізу відповідей дітей старшого шкільного віку на запитання, чи знають респонденти ознаки йодної недостатності в організмі, було отримано такі результати: 19 дітей (21,8 %) вважають апатію однією з ознак цієї проблеми; на труднощі з навчанням як результат йододефіциту вказали 37 осіб (42,5 %), на поганий настрій – 18 осіб (20,7 %); наявність зобу – 30 осіб (34,5 %); не знали ніяких ознак йодної недостатності в організмі людини 8 дітей (9,2 %).

Під час аналізу відповідей на запитання, чи знають школярі середнього шкільного віку ознаки йодної недостатності в організмі, було отримано такі результати: 9 дітей (25,7 %) вважають апатію однією з ознак цієї проблеми; на труднощі з навчанням як результат йододефіциту, вказали 5 осіб (14,3 %); поганий настрій – 7 осіб (20 %); наявність зобу – 23 осіб (65,7 %); не знають ніяких ознак йодної недостатності в організмі людини 2 учня (5,7 %).

53 опитуваних (59,8 %) знають, що попередити йодну недостатність в організмі можна, використовуючи йодовану сіль під час приготування страв. 72 дітей (82,8 %) вважають, що треба їсти їжу, яка містить йод, а саме: водорості, кальмари та ін.; 4 дитини (4,6 %) не знають, як запобігти йодну недостатність.

68 підлітків (78,2 %) вважають, що йодна недостатність в організмі – серйозна проблема; невпевнені в тому, що це серйозна проблема 13,8 % опитаних; 3 % вважає, що йодна недостатність – не достатньо серйозна проблема. 68 дітей (78,2 %) вважають правильним готувати їжу з йодованою сіллю.

Для учнів старшого шкільного віку було запропоновано відповісти на додаткове питання щодо складності для їхньої родини купувати та використовувати йодовану сіль. 88,6 % опитаних (31 учень) відповіли, що їхній родині не складно купувати йодовану сіль, 2,86 % опитаних відповіли, що складно купувати та використовувати йодовану сіль.

Проведений аналіз довів, що менше половини респондентів, серед яких навіть учні старшого шкільного віку, не знають про такий доступний спосіб профілактики йододефіциту, як використання йодованої солі під час приготування їжі, вживання продуктів, багатих на йод.

Висновки. Виявлено недостатній рівень обізнаності дітей шкільного віку щодо проблеми йодної недостатності та профілактики захворювань, пов'язаних із йододефіцитом. Отримані відповіді школярів віддзеркалюють особливості поведінки населення щодо стратегії профілактики йододефіцитних захворювань.

Для підвищення обізнаності батьків та учнів щодо профілактики йододефіцитних захворювань необхідно проводити просвітницьку роботу щодо наслідків йододефіциту, надавати рекомендації щодо використання йодованої солі під час приготування їжі, підвищити рівень споживання морепродуктів та інших продуктів, що містять йод.

Поряд із просвітницькою роботою для розв'язання проблеми йододефіциту, необхідно залучати до виконання профілактичних програм фахівців освітніх, медичних закладів, засоби масової інформації, робітників харчової промисловості, а також влади. Тільки комплексний підхід може вирішити завдання профілактики йододефіцитних захворювань в країні.

Література:

1. De Benoist B, McLean E, Andersson M, Rogers L. Iodine deficiency in 2007: global progress since 2003. Food Nutr Bull. 2008;29:195-202.

2. Трошина Е. А. Современные аспекты профилактики и лечения йододефицитных заболеваний. Фокус на группы риска // Медицинский совет. – 2016. – № 3. – С. 82–85.

3. Sustaining the elimination of iodine deficiency disorders (resolution wha60.21) Sixty-third world health Assembly a63/27. Provisional agenda item 11.24 15 April 2010 з.14-18. – WHO, 2010.

Kovalevich M., Leonyuk N.

HEALTH IN THE SYSTEM OF LIFE VALUES OF A FUTURE PROFESSIONAL

At present security of pupils' and students' health is stated as one of the primary objectives of the educational system. The principal criterion for a modern teacher to assess their work is how much it is for the health of a particular student (possessing unique inherent characteristics and health state) to acquire knowledge, skills and attainments and to master competencies.

A tendency to scrutinize the issues of health security of educational process parties and, hence, of formation of a health culture of teachers and students is being observed today. For student a health culture is not only a pawn for successful learning but the factor to allow their further professional career building with regard to health protection.

The *relevancy* of the research problem has also been determined by the conflict between the progressively increasing demands of formation of a healthy, creative, active, socially responsible personality and the insufficient maturity of the health value at individual level; between the declared health and healthy life style values and the concrete realities of the modern life.

The values of health and its role in human life and activity have always attracted attention of the researchers of different trends. Ph. Taylor had yet distinguished health in the number of 10 top qualities, and H. Fayol had put health and physical strength to the first place in the top five.

The modern researches devoted to pupils' and students' healthy life style formation (N.P. Abaskalova [1], Sh.A. Amonashvili [2], S.G. Dobrotvorskaya [3], V.N. Kasatkin [4], N.N. Kuingi [5]), to the technologies of personal health growth (V.A. Lishchuk, Y.V. Mostkova [6]) confirm the idea that only sound of body and mind person can become a successful professional in the modern dynamic and information-dense world. Health constitutes a determinative human resource for building up a complete and happy life and a professional career. However, a trend survives where, regardless of the above mentioned, people prefer career and professional growth even to health.

The National Committee of Statistics of the Republic of Belarus (BelStat) has studied the life values of the Belarusians. The core life value of the Belarusian people is health. Understanding within the family and welfare come next at the value scale. These data have been obtained as a result of the research 'Healthy Life Style and Us: BelStat's Modular Survey'.

As the interviewing has shown, 'life without conflicts', 'love', 'true friends', 'good education', as well as 'appearance and possibility to be well dressed' take the next places in the Top 10 of Life Values of the Belarusians. The ten priorities are rounded out by the 'possibility of travelling' and 'doing physical exercise and sports'. The research of the population's subjective evaluation of their health state has revealed that its almost third part believes it to be good, 63% – satisfactory, 10% – bad. Whereby men are more optimistic: 33% of them have qualified their health as good.

The polling data display the basic stimulus to lead a healthy life style is a desire to not be troubled by diseases. This is the account of the responded 58%. Next 16,7% are convinced that a healthy life style is needed for long life, whereas 10,1% consider it a must for being success and doing it all in life. 8,6% of the respondents said that they need a healthy life style to appear attractive, and 2,6% – to have a possibility of creating a family.

It is curious that according to the poll results most Belarusians do sports at more or less regular intervals. Thus, 15,1% of the questioned stated doing it daily, 8,8% – from 4 to 6 days a week, 42,8% – 2-3 days weekly and 5,2% – once a week. Only 28,1% of the respondents declared doing sports on occasion.

Upon that 35,7% of the Belarusians do not do sports because of free time lack, 27,2% – because of desire absence, 12,9% – because of laziness and 12% – because of a bad health state. 7,4% of the respondents blame the absence of possibilities to do sports and 2,3% – scarcity of means for this purpose [7].

Student community is known to be an avant-garde of the society at an early date to take the place of the chief production forces that means that the values of modern students are going to largely designate the values

of the entire society. This is why the objective of specification of the ultimate, life-purpose positionings of the contemporary Belarusian studentship, the value of health as of a factor of future professional career success is so topical.

We have analyzed the system of values of youth on the basis of the data obtained by conducting a questionnaire survey of the future nurturant professionals studying at Brest State University named after A.S. Pushkin in the 2018/2019 academic year.

Life-purpose values of students

The spontaneous responses of the interviewees to the direct question as regards life values witness that they are mostly connected with love, family well-being, intellect. Health securing and growth as a life value have ranked fourth in the system of life positionings of future professionals: their importance been marked by 44% of the respondents.

As a life objective, falling in love with a worthy person and bringing up good children are confidently chosen by a large part of the modern youth (by 78% each) and becoming a professional in the selected field is chosen by 50%. Only the each fifth of the interviewees has in mind achieving business success and making a career (22%). The same figure applies to those who are going to start own business and leave their mark on the Earth. The life objective of 'health securing and growth' has highly ranked second in the system of future professionals life values – marked by 72% of the respondents.

Only the each sixth of the polled students (17%) link their choice of an educational establishment to the possibility of lifting their social status and taking a more prestigious position in the society. The same number of the interviewees wants to become people of high culture which, undoubtedly, includes a culture of the healthy life style, too.

Upon the analysis of the results obtained in the course of the survey, one has to mention that the family values are the most key for future professionals. The survey has fixed a precise focus of attention of future professionals to the parameter of health as a value. Changes in the life of the country have led the student community to believe that an individuum must not only care himself of their destiny but also keep themselves, as a bioorganism, in order. There comes understanding of an intellect value for building one's own career. A positive trend of implementation of creative talents and getting an interesting job is displayed.

However, it is essential to sensitively treat the creation of motivation and conditions of the healthy life style. It is rather a personal health than the gained money's amount that must become an indication of the personal success. In this respect, a preparation for professional engagement in the health saving mode is one of the pivotal problems of the theory and practice of the high school.

We have developed a teaching and methodical materials complex for students of the Faculty for Social Pedagogy 'Technologies of the Professional Career Development' that is undergoing an experimental approbation. It includes the materials promoting the formation of the professional competencies in the areas of career planning and development in future professionals of social work, psychologists and educators. Special attention is drawn to the issues of health safety and growth of the future professionals in the health saving environment of the University. The Complex comprises Section 'Health as the Basis for Professional Success'. It presents technologies and diagnostic methods targeting at identification and formation of the life values and the culture of health, recommended to use while planning career and career consulting with the regard to the health saving component.

The research has defined that the most complex formation of the health value and health culture in University students is possible on the basis of the complex psychological-acmeological technology including a special diagnostics of individuum, an individual professional career plan, a career progress portfolio, psychological-acmeological training, a final diagnostics and psychological-acmeological consulting.

An organized together with students faculty exhibition of the scientific research projects 'Valeology and Healthy Life Style' has contributed to building of an active life position directed at the rational use and augmentation of individual reserve capacities, and to formation of the need of healthy life style in students.

Future professionals have a formed belief that a professional career considerably depends on a personal health state. One of the primary indices of health balance and professional activity's success is a maturity of the health value.

References:

1. Abaskalova, N.P. Theory and Practice of the Formation of Healthy Life Style in Pupils and Students in the 'School-High School' System: Doct. Dissrt. Abstr. – Barnaul, 2000. – 48 pp.
2. Amonashvili, Sh.A. Pedagogy of Health / Sh.A. Amonashvili, A.G. Aleksin. M.: Pedagogika, 1990. – 288 pp.
3. Dobrotvorskaya, S.G. Orientation of School Children and Students at Healthy Life Style / S.G. Dobrotvorskaya. Kazan: KGU, 2001. – 156 pp.
4. Kasatkin, V.N. Pedagogy of Health / V.N. Kasatkin. M.: Linka-Press, 1998. – 335 pp.
5. Kuingi, N.N. Valeology: Ways of Student Health Formation: methodical manual. – M.: Aspect Press, 2000. – 139 pp.
6. Lishchuk, V.A. Technology of Personal Health Growth / V.A. Lihchuk, Y.V. Mostkova. Edited by V.I. Pokrovsky. M.: Medicina, 1999. – 320 pp.
7. Kucharevich, Y. Health, Mutual Understanding and Welfare – BelStat has studied Life Values of the Belarusians / Y. Kucharevich [Electronic Reource]. – 2018. – Access Mode: https://ej.by/news/sociaty/2018/01/31 – Access Date: 20.11.2018.

Секційне засідання № 4

«МЕДИЧНЕ ПРАВО, БІОЕТИКА, КАДРОВА ПОЛІТИКА У СФЕРІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я»

Блащук Т. В.

ПРАВО ФІЗИЧНОЇ ОСОБИ НА БЕЗПЕЧНЕ ДЛЯ ЖИТТЯ І ЗДОРОВ'Я ДОВКІЛЛЯ

Актуальність теми дослідження обумовлена тим, що життя й здоров'я людини залежать від стану навколишнього середовища, у якому кожна людина проживає, що містить у собі і природне середовище, і житло, і умови праці. Конституція України в статті 50 гарантує кожному право на безпечне для життя і здоров'я довкілля та на відшкодування завданої порушенням цього права шкоди. Кожному також гарантується право вільного доступу до інформації про стан довкілля, про якість харчових продуктів і предметів побуту, а також право на її поширення. Така інформація ніким не може бути засекречена [1].

Метою *цієї доповіді є необхідність визначити окремі аспекти права на безпечне довкілля, а також стан його правового забезпечення в Україні.*

Формуванню права громадян на безпечне для життя й здоров'я довкілля в Україні сприяли всесвітні тенденції. Саме на міжнародному рівні вперше виникла ідея проголошення права людини на життя в сприятливому навколишньому середовищі.

У частині права особи на безпечне довкілля ця проблема вперше була піднята в 70-х роках XX ст. Зокрема в 1972 р. було прийнято Декларацію Стокгольмської конференції Організації Об'єднаних Націй з охорони навколишнього природного середовища, принцип перший якої проголошував: «Люди мають фундаментальне право на вільні, якісні та адекватні умови життя в навколишньому середовищі, якість якого дає змогу вести гідне та благополучне життя» [2, с. 188]. Даний документ мав важливе значення в процесі формування права особи на безпечне довкілля.

Статутом Всесвітньої організації охорони здоров'я, який був прийнятий Міжнародною конференцією охорони здоров'я в Нью-Йорку й підписаний 22 липня 1946 р. [3], здоров'я є станом повного фізичного, душевного і соціального благополуччя, а не лише характеризується відсутністю хвороб чи фізичних дефектів.

Згодом положення міжнародних правових актів були закріплені в законодавстві України.

Так, в статті 3 Закону України "Основи законодавства про України про охорону здоров'я" [4], здоров'я – це стан повного фізичного, духовного і соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб чи фізичних дефектів. Відповідно до статті 6 вказаного закону, кожний громадянин України має право на охорону здоров'я, що передбачає в тому числі безпечне для життя і здоров'я навколишнє природне середовище.

Відповідно до ст. 3 Закону України "Про захист прав споживачів" [5] споживачі мають право на належну якість товарів, торговельного обслуговування, безпеку товарів та на необхідну, доступну та достовірну інформацію про кількість, якість і асортимент товарів. Стаття 1 цього ж закону дає поняття безпеки продукції як відсутність будь-якого ризику для життя, здоров'я, майна споживача і навколишнього природного середовища при звичайних умовах використання, зберігання, транспортування, виготовлення і утилізації продукції.

В статті 4 Закону України "Про забезпечення санітарного та епідеміологічного благополуччя населення" [6] кожному громадянину надається право на безпечні для здоров'я і життя харчові продукти, питну воду, умови праці, навчання, виховання, побуту, відпочинку та навколишнє природне середовище, а також право на достовірну і своєчасну інформацію про стан свого здоров'я, здоров'я населення, та про наявні та можливі фактори ризику для здоров'я та їх ступінь.

Охорона життя й здоров'я людини від несприятливого впливу нею ж створеного довкілля тривалий час була предметом розгляду в межах загального захисту екологічних інтересів суспільства. Такий підхід не забезпечував належного ставлення до захисту суб'єктивного права громадянина на безпечне для життя і здоров'я довкілля.

З розвитком цивілістичної науки виявилося очевидним віднесення права на безпечне для життя і здоров'я довкілля до інституту особистих немайнових прав. Сьогодні не виникає сумніву, що регулювання і захист права на безпечне для життя і здоров'я довкілля як особистого немайнового права повинно здійснюватися саме цивільним правом.

Частина 1 статті 293 Цивільного кодексу України [7] закріплює право на безпечне для життя і здоров'я довкілля, а також право на достовірну інформацію про стан довкілля, про якість харчових продуктів і предметів побуту, а також право на її збирання та поширення.. Дане право поряд з правом на життя і правом на здоров'я призначене забезпечувати фізичне і психічне благополуччя та цілісність особистості.

Таким чином, право на безпечне для життя і здоров'я довкілля включає в себе такі аспекти як право на безпеку природного середовища та безпеку продукції, що узагальнено можна визначити як довкілля, а також право на інформацію про стан довкілля, включаючи інформацію про наявну чи потенційну небезпеку.

Нормативне (правове) забезпечення права на безпечне довкілля в Україні є достатнім, проте не завжди якісним, а відтак потребує вдосконалення.

Література:

1. Конституція України // Відомості Верховної Ради. – 1996. – №30. – С. 1.

2. Котюк О.В. Нормативно-правове забезпечення права на безпечне довкілля / О.В. Котюк // Форум права. – 2010. – № 1. – С. 188–193.

3. Статут (Конституція) Всесвітньої організації охорони здоров'я прийнятий Міжнародною конференцією охорони здоров'я у Нью-Йорку від 22 липня 1946 р [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_599

4. Основи законодавства України про охорону здоров'я від 19.11.1992 № 2801-XII // Відомості Верховної Ради України, 1993 р., N 4, ст. 19

5. Про захист прав споживачів: Закон України від 12 травня 1991 р. // Відомості Верховної Ради УРСР. – 1991. – № 30. – Ст. 379.

6. Про забезпечення санітарного та епідеміологічного благополуччя населення: Закон України від 24 лютого 1994. // Відомості Верховної Ради. – 1994. – № 27. – Ст. 218.

7. Цивільний кодекс України // Офіційний вісник України. – 2003, – N 11. – ст. 461.

Богомазова І. О.

СИСТЕМИ ОРГАНІВ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ: ОКРЕМІ АСПЕКТИ

З підписанням Україною Угоди про асоціацію з Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами (2014) (далі – Угода) [1, с. 88-91] розпочався новий етап розвитку співробітництва в галузі охорони здоров'я. Метою даної співпраці, як визначено у ст. 426 гл. 22 «Громадське здоров'я» Угоди, є підвищення рівня безпеки та захисту здоров'я людини як передумови сталого розвитку та економічного зростання.

Громадське здоров'я є однією з ключових цінностей охорони здоров'я й вагомим критерієм дотримання прав людини у сфері охорони здоров'я, а побудова системи громадського здоров'я, створення інституційних механізмів, вирішення проблем різних секторів громадського здоров'я вимагають належного законодавчого забезпечення, що зумовлює потребу наукових досліджень у сфері права громадського здоров'я.

Отож, метою нашого дослідження є окреслення окремих аспектів побудови системи органів громадського здоров'я в Україні та обґрунтування необхідності взаємодії органів державної влади з іншими суб'єктами для якісного вирішення проблем.

Насамперед відзначимо, що Європейським регіональним бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я (далі – ВООЗ) ухвалено рішення про створення нових загальних основ політики – Здоров'я – 2020 і його положення втілено у стратегічному документі «Здоров'я-2020: основи європейської політики на підтримку дій усієї держави і суспільства в інтересах здоров'я і благополуччя» (2012) [2] (далі – «Здоров'я-2020»). Одними із ключових завдань, покладених на 53 держави Європейського регіону, визначеному у «Здоров'я-2020», є зміцнення охорони громадського здоров'я і забезпечення наявності універсальних, соціально справедливих, стійких, високоякісних систем охорони здоров'я, орієнтованих на людину. Реалізація зазначених завдань можлива за умови спільної роботи різних секторів, спрямованих на вирішення двох взаємопов'язаних завдань, зокрема, поліпшення здоров'я для всіх та вдосконалення лідерства і колективного керівництва в інтересах здоров'я.

Європейське регіональне бюро ВООЗ зосереджує увагу на необхідності міністерств охорони здоров'я та органів охорони громадського здоров'я все в більшій мірі виступати в якості ініціаторів міжсекторальних взаємодій в охороні здоров'я і діяти представниками та захисниками інтересів здоров'я. Виконання такої лідируючої ролі вимагає навичок дипломатії, залучення фактичних даних, вміння аргументувати і переконувати.

Сектор охорони здоров'я також повинен виступати в якості партнера інших напрямків, в тих випадках коли зміцнення здоров'я може допомогти в досягненні їх цілей. На Нараді високого рівня ООН з профілактики та боротьби з неінфекційними захворюваннями і на сесії Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я всіх країн схвалено такі підходи до співпраці, які отримали назву загальнодержавного підходу (whole-ofgovernment approach) і принципу участі всього суспільства (wholeof-society approach). Органи влади на всіх рівнях розглядають можливості для створення формальних структур і механізмів, що забезпечують узгодженість зусиль і міжсекторальне вирішення проблем. Це може зміцнити координацію і компенсувати наявні дисбаланси в розподілі владних повноважень. Все більшою мірою підтверджуються стратегічні переваги від прийняття до уваги принципу врахування інтересів здоров'я у всіх стратегіях (health in all policies). Цей підхід спрямований на підвищення пріоритетності питань здоров'я на порядку денному політики, розвиток стратегічного діалогу з проблем здоров'я і його детермінант, а також забезпечення підзвітності за підсумковими показниками здоров'я. Органи державного управління також повинні прагнути створювати структури і механізми, що дають можливість активно залучати більш широке коло зацікавлених сторін. Особливо важливою є участь громадян, громадських організацій та інших груп населення, які складають громадянське суспільство. Активні і

віддані справі соціальні групи об'єднують свої сили для вирішення проблем охорони здоров'я на всіх рівнях стратегічного керівництва, від глобального до місцевого. Серед безлічі прикладів їх діяльності можна відзначити такі як, зустрічі на вищому рівні під егідою ООН, присвячені питанням здоров'я; Міжпарламентський союз; рух ВООЗ «Здорові міста і спільноти»; глобальні рухи по боротьбі з бідністю; агітаційно-роз'яснювальна діяльність по боротьбі з конкретними хворобами, такими як ВІЛ; національні ініціативи по встановленню цільових орієнтирів щодо здоров'я; регіональні стратегії охорони здоров'я конкретних організацій, таких як ЄС. Вся ця робота відіграє важливу роль у сприянні зміцненню здоров'я і підвищенню пріоритетності питань охорони здоров'я [2, с. 6].

З метою імплементації Угоди та удосконалення системи державного управління у сфері громадського здоров'я було прийнято постанову Верховної Ради України від 21 квітня 2016 р., якою схвалено Рекомендації парламентських слухань на тему «Про реформу охорони здоров'я в Україні» [3], відповідно до яких доручено Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я розробити та забезпечити супровід законопроекту про систему громадського здоров'я (щодо законодавчого врегулювання реалізації операційних функцій громадського здоров'я на основі дотримання принципу «охорона здоров'я – в усіх політиках»). На виконання постанови Верховної Ради України від 21 квітня 2016 р. Рекомендації парламентських слухань на тему «Про реформу охорони здоров'я в Україні» розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2016 р. схвалено «Концепцію розвитку системи громадського здоров'я» [4]. Як вбачається з «Концепції розвитку системи громадського здоров'я» координуючу роль у багатосекторальній системі громадського здоров'я покладається на Міністерство охорони здоров'я України (далі – МОЗ України), а Центр громадського здоров'я МОЗ, створений наказом МОЗ України № 604 від 18 вересня 2015 р. [5], виконує функцію із супроводження управлінських рішень у сфері громадського здоров'я, як координатор програм та проектів громадського здоров'я. Окрім зазначених органів, наказом МОЗ України № 539 від 18 травня 2017 р. утворено Координаційну раду Міністерства охорони здоров'я України з питань розвитку системи громадського здоров'я [6], метою створення якої є координація реалізації заходів щодо розвитку системи громадського здоров'я. Основними завданнями Координаційної ради є розгляд та визначення ключових напрямів розвитку системи громадського здоров'я та створення цільових груп для операційного виконання заходів щодо імплементації визначених напрямів розвитку системи громадського здоров'я.

На підставі наказу МОЗ України № 1047 від 04 вересня 2017 р. [7] створено Управління громадського здоров'я, як самостійний структурний підрозділ МОЗ України та затверджено Положення про Управління громадського здоров'я. Основним завданням Управління громадського здоров'я є надання пропозицій керівництву МОЗ України щодо формування та реалізації державної політики у сфері захисту населення від інфекційних хвороб, протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним захворюванням, у сфері епідеміологічного нагляду (спостереження) та санітарного та епідемічного благополуччя населення.

Щодо регіонального (обласного) рівня розбудови системи органів громадського здоров'я, то наказом МОЗ України «Про внесення змін до Переліку закладів охорони здоров'я» № 933 від 16.05.2018 р. доповнено Наказ МОЗ України «Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я, лікарських, провізорських посад та посад молодших спеціалістів з фармацевтичною освітою у закладах охорони здоров'я» № 385 від 28 жовтня 2002 р. [8] підпунктом 2.3., яким визначено перелік закладів громадського здоров'я обласного рівня, зокрема: Лабораторний центр (обласний, міський, на водному, залізничному, повітряному транспорті) Міністерства охорони здоров'я України та Центр громадського здоров'я (обласний, міст Києва та Севастополя).

Зазначимо, що однією з основних функцій охорони громадського здоров'я є комунікативна, яка полягає у взаємодії спектральних суб'єктів щодо втілення цінностей охорони громадського здоров'я у суспільне і державне життя. Як свідчить досвід систем громадського здоров'я провідних країн світу – комунікативна діяльність є одним з ефективних засобів у покращанні здоров'я населення. Отож, на сучасному етапі формування політики та нормативно-правової бази у сфері охорони громадського здоров'я слід звернути увагу на необхідність використання у роботі органів державної влади принципу участі всього суспільства та створювати структури і механізми, що дають можливість активно залучати широке коло зацікавлених сторін до вирішення проблем охорони здоров'я на всіх рівнях стратегічного керівництва: від глобального до місцевого.

Література:

1. Угода про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони (2014) / Медичне право. – 2(16). – 2015. – С. 88-91.

2. Стратегічний документ Європейського регіонального бюро ВООЗ «Здоров'я-2020: основи європейської політики на підтримку дій усієї держави і суспільства в інтересах здоров'я і благополуччя», вересень 2012 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/215433/Health 2020-Short -Rus.pdf

3. Рекомендації парламентських слухань на тему «Про реформу охорони здоров'я в Україні»: Постанова Верховної Ради України від 21.04.2016 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1338-19

4. Про схвалення Концепції розвиткусистеми громадського здоров'я: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 р. / [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://www.kmu.gov.ua/ua/npas/249618799

5. Про утворення державної установи «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я: Наказ МОЗ України від 18.09.2015 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://phc.org.ua/uploads/files/%20604.pdf

6. Про утворення Координаційної ради Міністерства охорони здоров'я України з питань розвитку системи громадського здоров'я: Наказ МОЗ України від 18.05.2017 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://ips.ligazakon.net/document/view/MOZ27333?_ga=2.30693311.1618672526.1541323346-895105519.1532342205

7. Про затвердження Положення про Управління громадського здоров'я: Наказ МОЗ України від 04.09.2017 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://ips.ligazakon.net/document/view/MOZ27876?_ga=2.20024 3630.1618672526.1541323346-895105519.1532342205

8. Про внесення змін до Переліку закладів охорони здоров'я: Наказ МОЗ України від 16.05.2018 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0691-18

Гарасимів О. Ю.

ОКРЕМІ АСПЕКТИ ОБРОБКИ ПЕРСОНАЛЬНИХ ДАНИХ: ЄВРОПЕЙСЬКИЙ ВИМІР

Зважаючи на сучасні важливі для України євроінтеграційні процеси, питання громадського здоров'я постає особливо гостро. Безумовно, основні аспекти удосконалення системи громадського здоров'я в нашій державі мають спиратися на європейський досвід. Подальше утвердження концепції громадського здоров'я передбачає подолання певних викликів, породжених її співвідношенням з іншими аспектами охорони здоров'я в Україні. Так, особливої уваги потребує право особи на конфіденційність та відносини зі збереження персональних даних.

Медична інформація, що стосується кожної конкретної особи, належить до так званих сенситивних (чутливих) даних, які, за загальним правилом, не підлягають розголошенню та є медичною таємницею. Такий підхід є виправданим, оскільки саме інформація щодо стану здоров'я поряд з іншими видами інформації належить до сфери приватного життя особи та має підлягати особливій охороні з боку держави з метою забезпечення вказаного права.

Конституція України забороняє поширення конфіденційної інформації про особу без її згоди, крім випадків, визначених законом, і в інтересах, зокрема, прав людини (ст. 32) [1]. Це положення дублюють у ст. 21 Закону України «Про інформацію» [2]. Таким чином, відповідно до вітчизняного законодавства, розголошення медичної інформації про особу без її згоди можливе лише у виняткових випадках.

У схваленій розпорядженням Кабінету Міністрів України Концепції розвитку громадського здоров'я останнє визначене як «комплекс інструментів, процедур та заходів, що реалізуються державними та недержавними інституції для зміцнення здоров'я населення, попередження захворювань, збільшення тривалості активного та працездатного віку і заохочення до здорового способу життя шляхом об'єднання зусиль усього суспільства» [3].

Важливим також є те, що досягнення найвищого рівня охорони здоров'я, згідно з європейськими стандартами якості життя та благополуччя населення, є частиною зобов'язань, які стоять перед Україною в рамках Угоди про асоціацію між Україною з однієї сторони та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії та їхніми державами-членами з іншої сторони [4]. Це підтверджує необхідність гармонізації вітчизняного законодавства із законодавством ЄС.

Так, для країн-членів ЄС діє Загальний регламент про захист даних (далі – Регламент) [5]. Зокрема, медична інформація щодо особи віднесена Регламентом до тієї категорії даних, що потребує вищого ступеня захисту. Тому щодо обробки такої інформації встановлено ряд вимог.

Перш за все, її має опрацьовувати компетентний суб'єкт із належним рівнем доступу та зобов'язаннями зберігати медичну таємницю. В Україні такими суб'єктами, згідно з Основами законодавства України про охорону здоров'я, є медичні працівники та інші особи, яким у зв'язку із виконанням професійних або службових обов'язків стала відома медична таємниця [6]. Закон України «Про захист персональних даних», у свою чергу, зобов'язує власників, розпорядників персональних даних та третіх осіб забезпечувати захист цих даних від випадкових втрат або знищення, від незаконної обробки, у тому числі незаконного знищення чи доступу до них [7].

Друга вимога Регламенту полягає в тому, що опрацювання персональних даних можна здійснювати лише з метою, безпосередньо пов'язаною з охороною здоров'я. Саме для цієї мети обробку можна здійснювати в інтересах не лише окремої особи, а й цілого суспільства. Таким чином, метою обробки може бути покращення рівня громадського здоров'я. Опрацювання персональних даних в інтересах громадського здоров'я можна здійснити без згоди пацієнта.

Окремо зазначено, що знеособлені дані можуть зберігати та опрацьовувати для статистичних чи наукових цілей. Вітчизняне законодавство також висуває вимогу щодо анонімності пацієнта (ст. 40 Основ законодавства України про охорону здоров'я).

У Регламенті наголошено на тому, що обробку не можна здійснювати третіми особами, чи з жодною іншою метою, чи в інтересах не пов'язаних із охороною здоров'я суб'єктів (як, наприклад, роботодавець пацієнта, страхові компанії чи фінансові установи). Пацієнт, у свою чергу, має певні права щодо його персональних даних, зокрема: право на безперешкодний до них доступ; право в розумні інтервали перевіряти правомірність їх опрацювання; право на їх зміну у випадку допущеної суб'єктом опрацювання помилки; право на видалення його персональних даних із баз суб'єкта опрацювання та ін.

Норми Регламенту є нормами прямої дії для держав-членів ЄС. Однак, його дія не поширюється на Україну, оскільки вона не є членом ЄС. А отже, вітчизняне законодавство має бути приведене у відповідність із Регламентом для забезпечення функціювання системи громадського здоров'я в Україні та мінімізації порушень права окремих осіб на повагу до приватного життя. Якщо мета й суб'єкти опрацювання сенситивних персональних даних висвітлені в законодавстві України, то права пацієнта, пов'язані із такими даними, потребують більшої деталізації.

Література:

1. Конституція України. Закон України від 28.06.1996 № 254к/96-ВР [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80 (дата звернення 11.11.2018). – Назва з титул. екрану.

2. Про інформацію. Закон України від 02.10.1992 № 2657-XII [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2657-12 (дата звернення 11.11.2018). – Назва з титул. екрану.

3. Про схвалення Концепції розвитку системи громадського здоров'я. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 № 1002-р [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://www.kmu.gov.ua/ua/npas/249618799 (дата звернення 11.11.2018). – Назва з титул. екрану.

4. Угода про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони (ратифіковано із заявою Законом № 1678-VII від 16.09.2014) [Електронний ресурс] : [Веб-сайт]. – Режим доступу: http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/984_011 (дата звернення 11.11.2018) – Назва з титул. екрану.

5. Регламент Європейського парламенту та Ради (ЄС) 2016/279 від 27.04.2016 про захист фізичних осіб у зв'язку з опрацюванням персональних даних і про вільний рух таких даних, та про скасування Директиви 95/46/ЄС (Загальний регламент про захист даних) [Електронний ресурс] : [Веб-сайт]. – Режим доступу: https://www.kmu.gov.ua/storage/app/media/uploaded-files/es-2016679.pdf (дата звернення 11.11.2018) – Назва з титул. екрану.

6. Основи законодавства України про охорону здоров'я. Закон України від 19.11.1992 № 2801-XII [Електронний ресурс] : [Веб-сайт]. – Режим доступу: http://zakon.rada.gov.ua/laws/card/2801-12 (дата звернення 11.11.2018) – Назва з титул. екрану.

7. Про захист персональних даних. Закон України від 01.06.2010 № 2297-VI [Електронний ресурс] : [Веб-сайт]. – Режим доступу: http://zakon.rada.gov.ua/laws/card/2297-17 (дата звернення 11.11.2018) – Назва з титул. екрану.

Гаркавий С. І.

ЩОДО ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я У ВИЩИХ МЕДИЧНИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ

Реформування практичної охорони здоров'я України, що почалося у 90-ті роки минулого сторіччя, позначилось на якості підготовки лікарів-гігієністів і епідеміологів для потреб санітарно-епідеміологічної служби держави, що розпочалась на санітарно-гігієнічному факультеті Київського медичного інституту 1930 року. Навчальний план передбачав вивчення студентами факультету гігієни – науки, яка вивчає закономірності впливу факторів навколишнього середовища на організм людини і громадське здоров'я, у 7–12 семестрах в обсязі 1824 годин, з них 578 лекції; практичних занять з виходами на об'єкти для оволодіння навичками їх обстеження – 696 годин і 450 годин під час спеціалізації на випускному курсі. Починаючи з 2 курсу студенти щорічно проходили літню виробничу практику: в якості молодшого персоналу (3, 4 семестри), середнього медичного персоналу під час переведення з 3 на 4 курс (6 семестр), практику в санітарно-епідеміологічній станції (СЕС) під час переведення з 4 на 5 курс (8 семестр) у червні-липні; під час переведення з 5 на 6 курс упродовж липня, в якості в.о. санітарного лікаря (10 семестр). Нарешті на 12 семестрі упродовж 15 тижнів студенти 6 курсу ще раз проходили практику в СЕС в якості в.о. санітарного лікаря. Після вивчення загальної гігієни, гігієни комунальної, харчування, праці, гігієни дітей та підлітків, епідеміології студенти факультету складали перевідні іспити, а потім і державний іспит із зазначених дисциплін спершу після 5, а в повоєнний період – після 6 року навчання. Із запровадженням на факультеті (з 1950 року) первинної профілізації з гігієнічних дисциплін та епідеміології у 7 семестрі до проведення практичних занять зі студентами запрошували досвідчених вчених-гігієністів і практичних санітарних лікарів. Зміцнювали ділові контакти з міською та районними СЕС як навчальною базою факультету, гігієнічними НДІ м. Києва, що було одним із важливіших чинників єднання науки, практики та навчального процесу у підготовці лікаря профілактика, який відігравав провідну роль в обгрунтуванні сучасних підходів до базових СЕС під час підготовки лікарів-гігієністів та епідеміологів.

Всього навчальний план для студентів санітарно-гігієнічного факультету за 6 років навчання у вищому медичному навчальному закладі передбачав 6804 годин, з яких 2567 – лекції. На вивчення гігієнічних дисциплін виділяли 1432 годин (21,04%), з яких 454 годин – лекції (18%). Разом з дисципліною «Епідеміологія з паразитологією та індикацією патогенних мікробів і дезінфекцією» (в 11 семестрі) виділяли 1824 годин (26,81 % від загальної кількості годин), з яких 578 годин – лекції (22,52 % від загальної кількості лекційних годин). Студенти факультету складали 37 іспитів і 24 заліки, а після отримання диплому працевлаштовувались у міських і сільських СЕС різних рівнів управління, де були готові до виконання будь-яких функційних обов'язків, у тому числі й головного лікаря СЕС. Ті ж випускники, які були рекомендовані вченою радою на наукову роботу, отримували направлення в гігієнічні НДІ, поступали в аспірантуру й поповнювали склад науково-педагогічних працівників гігієнічних кафедр вищого медичного навчального закладу.

Починаючи з 2011 н. р. після набрання чинності типового навчального плану підготовки лікарів в медичних вузах держави за базовою спеціальністю «медико-профілактична справа», затвердженого наказом МОЗ України від 19.10.2009 р., студентам медичних університетів III-IV рівнів акредитації, які отримували фах медико-профілактична справа, на вивчення гігієнічних дисциплін відводили лише 585 год., з яких 20 год. – лекції на III курсі під час вивчення дисципліни «Гігієна та екологія». На вивчення комунальної гігієни, гігієни праці, гігієни харчування, гігієни дітей і підлітків, також радіаційної гігієни відводили лише по 60 аудиторних годин (також по 30 годин самостійної роботи студента) лише на 6 курсі та 80 годин під час очної форми навчання в інтернатурі. Це позначилось на якості навчання та засвоєння майбутніми лікарями-гігієністами основ попереджувального та поточного державного санітарного нагляду за об'єктами народно-господарського комплексу.

На виконання постанови Кабінету Міністрів України №442 "Про оптимізацію системи центральних органів виконавчої влади" (від 10.09.2014) санітарно-епідеміологічна служба в Україні припинила своє існування. Лікарів-профілактиків із спочатку скороченого штату СЕС приєднали до новоствореної структури – Держпродспоживслужби та лабораторних центрів МОЗ України. У вищих медичних навчальних закладах припили набір студентів на медико-профілактичні факультети, що унеможливило підготовку високопрофесійних кадрів для Держпродспоживслужби, лабораторних центрів і для служби громадського здоров'я, також ускладнило забезпечення санітарно-епідеміологічного благополуччя населення.

Отже проблема профільної підготовки кадрів лікарів-гігієністів, епідеміологів і фахівців громадського здоров'я є актуальною і нагальною, яку необхідно відновити у вищих медичних навчальних закладах.

Головчак Я. В.

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ТРАНСПЛАНТОЛОГІЇ

На сьогоднішній день питання правового регулювання інституту трансплантології, яким присвячено багато праць фахівців, в яких започатковано розв'язання цієї проблеми, знайшли своє відображення в роботах сучасних спеціалістів медичної та юридичної галузей таких як: А. А. Андреєв, О. А. Бурий, В. О. Глушков, С. В. Грінчак, Г. Н. Красновський, М. М. Малеїна, А. Мусієнко, В. П. Сальников, В. Ф. Саєнко, О. Е. Старовойтова, С. Г. Стеценко, С. С. Тихонова, Г. В. Чеботарьова та ін.

У всьому світі трансплантацію, як зазначає Білецька Г. А. [5, с. 105], розглядають як надзвичайно ефективний та, у цілому ряді випадків, безальтернативний метод лікування необоротних захворювань та ушкоджень таких життєво важливих органів, як нирки, печінка, легені, серце, кістковий мозок тощо. Рівень розвитку та функціювання трансплантології в різних країнах різний, але вимоги до неї скрізь однакові: висока якість підготовки фахівців, проведення наукового моніторингу та досліджень, дотримання принципів міжнародної кооперації, формування національних шкіл трансплантології.

У світовому просторі питання трансплантації органів та інших анатомічних матеріалів врегульоване на достатньо високому матеріальному і процесуальному рівні. З числа міжнародних нормативно-правових актів, які регулюють питання проведення трансплантації, слід виділити такі, як Конвенція про захист прав і гідності людини щодо застосування біології та медицини: Конвенція про права людини та біомедицину; Положення про трансплантацію фетальних тканин, прийняте на 41-й Всесвітній медичній асамблеї; Декларація стосовно трансплантації людських органів, прийнята на 39-й Всесвітній медичній асамблеї; Основні принципи трансплантації органів людини, прийняті Всесвітньою організацією охорони здоров'я [6].

На думку вчених Н. В. Коробцової та В. Д. Міхалап [7, с. 452], українське законодавство, що регламентує трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людини, безперечно далеке від досконалості, але на сьогодні воно все ж дає змогу проводити трансплантацію органів (і пересадку органів в Україні проводять, хоч і в незначній кількості). Проблема відсутності таких операцій та розвитку трансплантації в цілому полягає далеко не в площині законодавства, а в механізмі його реалізації.

Правовою основою проведення трансплантації в Україні є Основи законодавства України про охорону здоров'я [1], Закон України «Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людині» [2] а також, прийняті відповідно до них підзаконні нормативно-правові акти, норми цивільного права України, численними наказами та інструкціями Міністерства охорони здоров'я України, які безпосередньо визначають порядок проведення операцій.

Стаття 47 Основ законодавства України про охорону здоров'я [1] передбачає, що застосування методу трансплантації можна використати лише у випадку, якщо використання інших засобів і методів для підтримки життя, відновлення здоров'я не дає бажаних результатів, а завдана при цьому шкода донору є меншою, ніж та, яка загрожувала реципієнту. Ця стаття також передбачає два основні принципи галузі: 1) донором може бути повнолітня дієздатна особа, яка може дати згоду на донорство її органів або заборонити це на випадок своєї смерті, відповідно донорство здійснюють винятково на добровільний основі; 2) взяття органів та інших анатомічних матеріалів з тіла фізичної особи, яка померла, не допускається, крім випадків, передбачених законом. Ці положення формують значення принципу незгоди, який полягає у тому, що якщо особа прямо не заявила про своє бажання стати донором у письмовій заяві за свого життя, вилучення її органів після смерті заборонено. До прикладу можна сказати, що багато європейських країн застосовують протилежний цьому принцип згоди, коли вилучення органів після смерті людини проводять майже у всіх випадках, за винятком тих, коли особа за життя письмово заявила про небажання стати донором.

У Цивільному кодексі України [4] вміщено статтю 290 про донорство, яка є загальною характеристикою цього явища та характеризує його як право особи. Відповідно визначено, що повнолітня дієздатна фізична особа має право бути донором. Взяття органів та інших анатомічних матеріалів з тіла фізичної особи, яка померла, заборонено, однак закон передбачає випадки, коли це стає можливим. Також сказано, що фізична особа може дати письмову згоду на донорство її органів та інших анатомічних матеріалів на випадок своєї смерті або заборонити його. Стаття передбачений основний принцип трансплантології: особа донора не повинна бути відомою реципієнту, а особа реципієнта – родині донора, крім випадків, коли реципієнт і донор перебувають у шлюбі або є близькими родичами.

Закон України «Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людині» [2] регулює в основному діяльність, пов'язану з трансплантацією органів, і не враховує особливості трансплантації тканин і клітин. Також у зазначеному вище Законі відсутнє визначення поняття «смерть людини» та правове регулювання відповідальності за негативні наслідки, спричинені цим методом лікування. Закон не врегульовує питання імплантації (пересадки біоімплантатів та штучно виготовлених замінників органів) та аутотрансплантації (вид трансплантації в якому і донором, і реципієнтом є одна особа). Крім того, чинне законодавство чітко вбачає колізійність правових норм, що регулюють трансплантаційний процес.

В. Б. Розвадовський [9, с. 1] вважає, що потребу в реформуванні правового регулювання трансплантології обумовлює також відсутність розроблених критеріїв акредитації та паспортизації закладів, які мають право здійснювати діяльність, пов'язану з трансплантацією, стандартів надання трансплантаційної допомоги та визначення нозологій, за яких вона застосовується, уніфікованих механізмів типування донорів та реципієнтів, критеріїв визначення ступеня непрацездатності реципієнта після трансплантації, а також подальшої його реабілітації.

Важливим також є те, що 17 травня 2018 року Верховна Рада ухвалила новий Закон України про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині [3], підписаний Президентом України 19 червня 2018 року, який вступить в дію 1 січня 2019 року. Закон передбачає презумпцію незгоди – матеріал для пересадки може бути отриманий з тіла померлої особи лише у випадку, якщо вона за життя дала згоду на трансплантацію. Згідно зі статтею 16 закону, кожна повнолітня дієздатна особа має право надати письмову згоду або незгоду на вилучення анатомічних матеріалів з її тіла для трансплантації та/або виготовлення біоімплантатів після її смерті. У живого донора може бути вилучено анатомічні матеріали лише за наявності його добровільної та усвідомленої згоди на донорство анатомічних матеріалів, наданої у письмовому вигляді. Також закон визначає групи людей, які не зможуть бути донорами. Це діти-сироти, люди, особа яких не встановлена, та учасники АТО. З метою запобігання нелегальній трансплантації та торгівлі органами та/або іншими анатомічними матеріалами закон вносить зміни до Кримінального кодексу України в частині встановлення більш суворої відповідальності за порушення законодавства в частині трансплантації органів та/або інших анатомічних матеріалів людині. Дія цього закону поширюється на трансплантацію анатомічних матеріалів людині, здійснення діяльності, пов'язаної з трансплантацією, отримання анатомічних матеріалів людини для виготовлення біоімплантатів, визначення умов застосування ксеноімплантатів. Трансплантацію здійснюють на засадах добровільності; гуманності; анонімності; надання донорських органів потенційним реципієнтам за медичними показаннями; безоплатності (крім гемопоетичних стовбурових клітин); дотримання черговості (крім родинного та перехресного донорства); достойного ставлення до тіла людини у разі посмертного донорства.

Як бачимо, розвиток трансплантації в Україні обмежений цілим комплексом проблем, які має вирішити новий закон про трансплантацію.

Також цікавою є думка С. Грінчака [6, с. 21] щодо створення і прийняття Медичного кодексу України, який врегулював би, у свою чергу, розбіжності (наприклад, у питаннях щодо необхідності операції з трансплантації) в нормах Закону «Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людині», Кримінального кодексу України, а також відповідних положень та інструкцій Міністерства охорони здоров'я України.

Література:

1. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 26.01.1993 // Відомості Верховної Ради України, № 4,

2. Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людини: закон України від 16.07.1999 № 1007 – XIV // Відомості Верховної Ради України. – 1999. – № 41. – Ст. 377.

3. Про застосування трансплантації анатомічних матеріалів людині: закон України від 17.05.2018 № 2427-VIII. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2427-19. – Назва з титул. екрану.

4. Цивільний кодекс України // Відомості Верховної Ради України. – 2003. – № 40. – Ст. 356.

5. Білецька Г.А. Трансплантологія в Україні: правові та медичні аспекти проблеми [Електронний ресурс] / Г.А. Білецька, Я.О. Ковальова // Юрист України. – 2013. –№ 3. – С. 103–110. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/uy_2013_3_18. – Назва з титул. екрану.

6. Грінчак С. В. Кримінальна відповідальність за незаконну трансплантацію органів або тканин людини / С. В. Грінчак. – Х. : Право, 2011. – 296 с.

67. Збірник міжнародного медичного законодавства. – Львів: Вид-во Нац. ун-ту «Львівська політехніка», 2006. – 316 с.

8. Коробцова Н. В., Міхалап В. Д. Трансплантологія: гострі питання сьогодення [Електронний ресурс] // Young. – 2018. – Т. 57. – №. 5. – С.451 – 453. – Режим доступу: http://molodyvcheny.in.ua/files/journal/2018/5/103.pdf. – Назва з титул. екрану.

9. Розвадовський В. Б. Проблемні питання правового регулювання трансплантації органів та інших анатомічних матеріалів людини / Вісник Запорізького національного університету № 2 (1), 2012. С. 103–106.

Машук В. В.

ЗАГАЛЬНІ ЗАСАДИ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ

На сьогодні в Україні найважливішим пріоритетом державної політики є збереження та зміцнення здоров'я нації на підставі не лише формування здорового способу життя, а й проведення реформування сфери охорони здоров'я загалом, з метою підвищення доступності та якості медичної допомоги [1, с. 1].

Основу державної політики охорони здоров'я формує Верховна Рада України шляхом закріплення конституційних і законодавчих засад охорони здоров'я, визначення її мети, головних завдань, напрямів, принципів і пріоритетів, встановлення нормативів і обсягів бюджетного фінансування, створення системи відповідних кредитно-фінансових, податкових, митних та інших регуляторів, затвердження загальнодержавних програм охорони здоров'я.

Кабінет Міністрів України організує розробку та здійснення державних цільових програм, створює економічні, правові та організаційні механізми, що стимулюють ефективну діяльність у сфері охорони здоров'я, забезпечує розвиток мережі закладів охорони здоров'я, укладає міжурядові угоди і координує міжнародне співробітництво з питань охорони здоров'я, а також у межах своєї компетенції здійснює інші повноваження, покладені на органи виконавчої влади в сфері охорони здоров'я.

У серпні 2014 року Міністерство охорони здоров'я ініціювало розробку Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні. За допомогою нових стратегічних підходів до підвищення якості та доступності допомоги та зменшення фінансових ризиків для людей потрібно було надати нового поштовху реформі галузі. Її мета – забезпечити всім громадянам України рівний доступ до якісних медичних послуг та перебудувати систему охорони здоров'я так, щоб у її центрі був пацієнт.

На базі стратегії Міністерство охорони здоров'я розробило також Концепцію реформування фінансування системи охорони здоров'я та законопроекти, що запустять реформу української медицини [2].

Правове регулювання взаємовідносин людини і суспільства у державі в усі часи не оминало сфери охорони здоров'я, зокрема й надання медичної допомоги. Починаючи з 1990 року в Україні почались радикальні перетворення в усіх сферах державного і суспільного життя, які, звичайно, не могли не торкнутись охорони здоров'я. В умовах формування правової соціальної держави реалізація політики держави, що спрямована на охорону здоров'я населення і реформування системи охорони здоров'я, можлива лише шляхом прийняття належної нормативно-правової бази [3, с. 41].

Права людини у сфері охорони здоров'я охороняються Конституцією України, зокрема, стаття 49 визначає, що кожний має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. На конституційному рівні передбачено гарантію цього права, яка полягає в безоплатному наданні медичної допомоги державними і комунальними закладами охорони здоров'я [4].

Цивільно-правові засади регулювання прав людини в сфері охорони здоров'я визначено ст. 281–287 Цивільного кодексу України, норми якого визначають основні особисті немайнові права людини в сфері охорони здоров'я, зокрема, такі як право на життя; право на усунення небезпеки, яка загрожує життю та здоров'ю; право на охорону здоров'я; право на медичну допомогу; право на інформацію про стан свого здоров'я; право на таємницю про стан здоров'я; права фізичної особи, яка перебуває на стаціонарному лікуванні у закладі охорони здоров'я [5].

Кримінально-правова охорона в сфері охорони здоров'я здійснюється на підставі положень ст. 139, 140, 145, 184 Кримінального кодексу України, які визначають склади злочинів проти життя та здоров'я особи, особистих прав громадянина, наприклад, ненадання допомоги хворому медичним працівником; неналежне виконання професійних обов'язків медичним або фармацевтичним працівником; незаконне розголошення лікарської таємниці; порушення права на безоплатну медичну допомогу [6].

Базовим законодавчим актом в Україні в цій сфері є Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992, який зазнав суттєвих змін та доповнень за минулий рік, визначає норми, що регулюють суспільні відносини у сфері охорони здоров'я. Головна мета цього акту –

забезпечити гармонійний розвиток фізичних і духовних сил, високої працездатності і довголітнього активного життя громадян, усунення факторів, що шкідливо впливають на їх здоров'я, попередження і зниження захворюваності, інвалідності та смертності, поліпшення спадковості [7].

Класифікувати акти законодавства України в сфері охорони здоров'я можна за різними критеріями: за ієрархією нормативно-правових (закони, підзаконні нормативно-правові акти), за предметом правового регулювання тощо [8, с. 65].

В юридичній літературі набула поширення класифікація, запропонована С. Г. Стеценко, В. Ю. Стеценко та І. Я. Сенютою, беручи за критерій систематизації предмет правового регулювання [9], науковці виділяють такі групи законів у сфері охорони здоров'я: *організації та управління охорони здоров'я, надання медичної допомоги, правового статусу пацієнтів, правового статусу медичних і фармацевтичних працівників, оздоровчо-профілактичної діяльності, забезпечення безпечних умов життєдіяльності, фінансування охорони здоров'я.*

Останнє питання частково регулює Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19 листопада 1992 року, Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19 жовтня 2017 року, Бюджетний кодекс України від 21 червня 2001 року, Закон України «Про страхування» від 7 березня 1996 року, Закон України «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування» від 23 вересня 1999 року. Окрім того розроблено та зареєстровано проект Закону України «Про загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування» від 2 серпня 2016 року.

Питання біоетики, які покликана досліджувати і вирішувати морально-етичні, правові, соціально-економічні та філософські проблеми, які виникають у сфері охорони здоров'я, зокрема надання медичної допомоги, у процесі забезпечення прав суб'єктів медичних правовідносин [10, с. 560]. В Україні вже розроблено проект закону «Про правові основи біоетики і гарантії її забезпечення», який був зареєстрований ще 8 червня 2005 року, але так і залишається проектом.

На підставі проведеного аналізу законів, які було умовно систематизовано у вісім груп, можна побачити ті прогалини і недоліки, що є у цій галузі та нагальну потребу в оновленні, доопрацюванні, а також у розробленні й прийнятті нових законів у сфері охорони здоров'я. Як зазначає І. Я. Сенюта, можна сподіватись, що наукова спільнота як юридична, так і медична, із залученням фахівців інших сфер життєдіяльності, зможе у найближчому майбутньому створити належну нормативно-правову базу у сфері охорони здоров'я, у тому числі акцентуючи увагу саме на законах, виходячи з вимог Конституції України, яка б працювала на благо людей [11].

Література

1. Пашков В. М. Правове забезпечення реформування сфери охорони здоров'я / В. М. Пашков // Український медичний часопис. – 2017. – № 2. – С. 1–6.

2. Реформа системи охорони здоров'я: Урядовий портал [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https: // www.kmu.gov.ua/ua/diyalnist/reformi/reforma-sistemi-ohoroni-zdorovya.

3. Руснак Л. М. Адміністративно-правове забезпечення права на охорону здоров'я в Україні : дис. канд. юрид. наук: спец. 12.00.07 / Л. М. Руснак. – К., 2016. – 207 с.

4. Конституція України // Відомості Верховної Ради України. – 1996. – № 30. – Ст. 141.

5. Цивільний кодекс України: Закон України від 16 січня 2003 р. № 435-IV // Відомості Верховної ради України. – 2003. – № 40–44. – Ст. 356.

6. Кримінальний кодекс України: Закон України від 5 квітня 2001 року № 2341-III // Відомості Верховної ради України. – 2001. – № 25–26. – Ст. 131.

7. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19 листопада 1992 року № 2801-XII [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12.

8. Майданик Р. Законодавство України в сфері охорони здоров'я: система і систематизація / Р. Майданик // Медичне право. – 2013. – № 2. – С. 63–74.

9. Медичне право України : підручник / С. Г. Стеценко, В. Ю. Стеценко, І. Я. Сенюта; [за заг. ред. д. ю. н., проф. С. Г. Стеценка]. – К.: Всеукраїнська асоціація видавців «Правова єдність», 2008. – 507 с.

10. Шатковська І. В. Медична таємниця в контексті права та біоетики / І. В. Шатковська // Біоетика в системі охорони здоров'я і медичної освіти: матеріали міжнар. наук.-практ. конф., 26–27 березня 2009. – Л.: ЛНМУ ім. Данила Галицького, 2009. – С. 569–570.

11. Сенюта І. Я. Право людини на охорону здоров'я та його законодавче забезпечення в Україні (загальнотеоретичне дослідження): дис. канд. юр. наук : 12.00.01 / Сенюта Ірина Ярославівна – Львів, 2006. – 217 с.

Михайловська О. В.

ПОРУШЕННЯ ПРАВ ПАЦІЄНТІВ ТА ЇХ ЗАХИСТ В СУДІ

Людина, її життя і здоров'я визнається найвищою соціальною цінністю (ст. 3 Конституції України) [1]. Стаття 55 Конституції України, ч. 1 ст. 3 Цивільного процесуального кодексу України [2], ст.15, ч. 1 ст.16 Цивільного кодексу України [3], ст. 8 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» [5] закріплюють право кожної особи звернутись безпосередньо до суду за захистом своїх прав, свобод чи інтересів. Право на захист особа здійснює на свій розсуд (ч. 1 ст. 20 ЦК України). Захист прав та інтересів особа може здійснювати як в досудовому порядку, так і шляхом безпосереднього звернення до суду. При чому, відповідно до ст. 124 Конституції України, особа може відразу, без застосування досудового захисту, безпосередньо звернутись до суду. Конституційний Суд України в своєму Рішенні від 9 липня 2002 року № 15-рп/2002, у справі № 1-2/2002 роз'яснив, що відсутність доказу досудового порядку врегулювання суперечки не може бути підставою для відмови в прийняття позовної заяви чи залишення позовної заяви без розгляду [6].

Варто зазначити, що у випадку оскарження рішень, дій чи бездіяльності суб'єкта владних повноважень (Міністерства охорони здоров'я України чи його управлінь на місцях) – за захистом порушених, оспорюваних чи невизнаних прав, свобод та інтересів необхідно звертатись в порядку адміністративного судочинства; а у випадку звернення до суду за захистом порушених, оспорюваних чи невизнаних прав, свобод та інтересів, відшкодування майнової та немайнової (моральної) шкоди, якщо як відповідач залучається окремий лікар чи лікувальна установа – звертатись в порядку цивільного судочинства.

Відповідно до ст. 72 Кодексу адміністративного судочинства України [4] обов'язок доказування покладається на відповідача, а тому участь позивача у доказуванні може зводиться до вказівки на незаконність оскаржуваного рішення (дії / бездіяльності) відповідача. Останній своєю чергою повинен довести, з посиланням на відповідні норми матеріального та процесуального права, з долученням допустимих, належних, достовірних доказів, що діяв в рамках наданих йому повноважень, з дотримання принципу, закріпленого ст. 19 Конституції України.

Тому доцільніше проілюструвати захист прав пацієнтів в порядку цивільного судочинства, в якому відповідно до засади змагальності кожна сторона зобов'язана довести ті обставини, на які вона посилається як на підставу своїх вимог і заперечень (ч. 3 ст. 10, ч. 1 ст. 60 ЦПК України). Для цього пропонуємо розглянути декілька судових рішень щодо захисту прав пацієнтів.

Рішення Нікопольського міськрайонного суду Дніпропетровської області у справі № 182/10238/13-ц від 21.03.2014 року. Позивач звернувся до суду з позовом до Комунального закладу «Нікопольська центральна районна лікарня» Дніпропетровської обласної ради про відшкодування матеріальної та моральної шкоди. Однією з підстав позову є те, що в виданому позивачеві листку непрацездатності зазначено повний діагноз без кодифікації, тоді як первинний та заключний діагнози та шифр МКХ-10 вказують тільки за письмовою згодою хворого. Наслідком таких дій стало приниження його честі та гідності, що відобразилося на його репутації. З боку співробітників він чув насміхи та глузування з приводу того, що він «хворий на голову». Усе це призвело до тривалих глибоких моральних страждань. Суд задовольнив позов в частині відшкодування матеріальної шкоди, проте відмовив у задоволенні моральної шкоди в зв'язку з розголошенням діагнозу, не вказавши на це порушення в мотивувальній частині рішення [7].

Незважаючи на те, що ще 2006 року були внесені зміни до Інструкції про порядок заповнення листка непрацездатності, відповідно до яких діагноз первинний, заключний та шифр МКХ-10 зазначають винятково за письмовою згодою хворого (в іншому випадку діагнози та шифр не вказують) на сьогодні порушення цієї норми є непоодинокими, а стягнути моральну шкоду за вказане порушення майже неможливо. Причиною цьому є відсутність конкретної процедури розрахунку моральної шкоди в чинному законодавстві, тому позивач самостійно, на власний розсуд, визначає розмір понесених ним

моральних страждань. Судова практика з цього питання сформована таким чином, що суд досить скептично оцінює реальність понесення особою моральної шкоди і, як правило, не задовольняє її або задовольняє в мінімальних розмірах. Тому доцільно було б вдосконалити відносини щодо письмової згоди пацієнта на зазначення діагнозу в листку непрацездатності. Зокрема, вона повинна бути усвідомленою і не вимушеною, її треба вкладати до амбулаторної картки хворого та зберігати у медичному закладі, а також необхідно забезпечити гарантію, відповідно до якої наявність чи відсутність згоди на зазначення діагнозу не повинна впливати на отримання особою певних грошових виплат в системі соціального страхування.

Рішення Оболонського районного суду міста Києва у справі № 756/10129/13-ц від 5 грудня 2014 року. Позивач звернувся до суду в порядку цивільного судочинства з позовом до ТОВ «Дентал-Про» про стягнення заборгованості та відшкодування моральної шкоди, в якому посилається на неякісне надання медичних послуг, порушення умов договору під час підрахунку вартості лікування.

Крім того, позивач наголошує, що внаслідок порушення умов договору, надання неякісних стоматологічних послуг, встановлення зубних протезів без попереднього узгодження, відповідач завдав моральну шкоду позивачу. За таких обставин позивач просить стягнути з відповідача на свою користь різницю між фактично сплаченими коштами за проведене стоматологічне лікування та вартістю цих робіт у сумі 22 585 грн, 500 000 грн на відшкодування завданої моральної шкоди та витрати на правову допомогу у сумі 20 250 грн.

Враховуючи характер та обсяг страждань, яких зазнала позивачка, тяжкість вимушених змін у її життєвих стосунках, виходячи із засад розуму, виваженості та справедливості, суд зробив висновок про необхідність визначити розмір відшкодування моральної шкоди, завданої позивачу, у сумі 40 000,00 грн, який підлягає стягненню з відповідача на користь позивача, а також стягнути з відповідача на користь позивача судові витрати [8].

Наведений приклад судового рішення є швидше винятком, аніж правилом, адже основною підставою задоволення позову є наявність письмового договору про надання медичних послуг. Договір про надання медичних послуг – це домовленість між виконавцем (приватний заклад охорони здоров'я, лікар, що практикує приватно) та пацієнтом про надання медичних послуг останньому відповідно до умов договору, з дотриманням вимог медичних стандартів. Договір про надання медичних послуг укладають відповідно до загальних правил укладення правочинів відповідно до ЦК України – у письмовій формі. Проте, як правило, лише останнім часом договір про надання медичних послуг почали укладати в письмовій формі, і то доволі рідко. Як правило, такий договір укладають в усній формі, за якої в судовому порядку факт порушення умов договору практично неможливий. Для захисту прав пацієнта у договірних відносинах необхідно запровадити обов'язкову письмову форму договору про надання медичних послуг, який слугував би підтвердженням наявності договірних відносин, визначав умови та обсяг надання послуг.

Рішення Апеляційного суду Львівської області у справі № 460/1849/15 від 21 листопада 2016 року. Позивач перебував на стаціонарному лікуванні в офтальмологічному відділенні районної лікарні, а згодом – на амбулаторному лікуванні. Тоді на одному з інтернет-ресурсів були розміщені матеріали відповідача-журналіста про його спілкування в лікарні з медсестрою щодо стану здоров'я позивача з відповідним коментарями. Ця обставина стала підставою для звернення позивача до суду з позовом до зазначеного журналіста про відшкодування моральної шкоди через розголошення лікарської таємниці.

Рішенням районного суду в задоволенні позову відмовлено, але апеляційним судом зазначене рішення скасоване та ухвалено нове, яким позов задоволено частково,а саме з відповідача стягнуто на користь позивача моральну шкоду в розмірі 5 000 грн та судові витрати.

Таке рішення прийняте незважаючи на те, що відповідач в судовому засіданні позовних вимог не визнав і пояснив, що як журналіст, він виявив бажання перевірити важливість хвороби позивача і в лікарні спілкувався тільки з медсестрою, яка жодної інформації про стан здоров'я позивача йому не надавала. Відповідач стверджував, що ніякої лікарської таємниці він не порушував, оскільки не мав доступу до неї, а оприлюднив тільки інформацію про стан здоров'я позивача як депутата районної ради [9].

Наведений приклад яскраво ілюструє необізнаність як працівників закладів охорони здоров'я, так і інших осіб про те, які відомості відносять до лікарської таємниці та на яку категорію осіб поширений

обов'язок дотримування «лікарської таємниці». Цей факт підтверджує потребу в підвищенні правової культури населення, а також необхідність спеціального навчання медичних працівників з питань дотримання лікарської таємниці та захисту персональних відомостей пацієнтів.

Отож, можна зробити висновок, що оскільки в законодавстві України відсутній окремий нормативно-правовий акт, який би закріплював права пацієнтів, їх близьких та рідних, пацієнт може звернутись до суду у зв'язку з порушенням його прав на підставі конституційної гарантії, яка є реальною можливістю громадян на звернення до суду із відповідною позовною заявою.

Однак, проаналізувавши декілька судових рішень у сфері досліджуваного питання, можна сказати, що на сьогодні пацієнти не мають реальної можливості повною мірою реалізувати своє право отримати якісні медичні послуги та у випадку лікарських помилок, відшкодування майнової та немайнової шкоди шляхом судового захисту.

Література:

1. Конституція України від 28 червня 1996 р. : [Електронний ресурс] – Режим доступу : http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80.

2. Цивільний процесуальний кодекс України від 18 березня 2004 р.: [Електронний ресурс] – Режим доступу : http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1618-15.

3. Цивільний кодекс України від 16 січня 2003 р.: [Електронний ресурс] – Режим доступу : http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/435-15.

4. Кодекс адміністративного судочинства України від 6 липня 2005 р.: [Електронний ресурс] – Режим доступу : http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2747-15.

5. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19 листопада 1992 р.: [Електронний ресурс] – Режим доступу: http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12.

6. Рішення Конституційного суду України у справі № 1-2/2002 від 09 липня 2002 р.: [Електронний ресурс] – Режим доступу : http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/v015p710-02.

7. Рішення Нікопольського міськрайонного суду Дніпропетровської області у справі № 182/10238/13-ц від 21.03.2014 р.: [Електронний ресурс] – Режим доступу : http://www.reyestr.court.gov.ua/Review/37852243.

8. Рішення Оболонського районного суду міста Києва у справі № 756/10129/13-ц від 5 грудня 2014 р. : [Електронний ресурс] – Режим доступу: http://www.reyestr.court.gov.ua/Review/41929496.

9. Рішення Апеляційного суду Львівської області у справі № 460/1849/15 від 21 листопада 2016 р.: [Електронний ресурс] – Режим доступу: http://www.reyestr.court.gov.ua/Review/62891759.

Романов М. С., Величко М. В., Бабяк М. В.

ВЗАЄМНЕ ПРАВОВЕ ВИЗНАННЯ НАУКОВИХ ТА ЕКСПЕРТНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ НАУКОВО-ДОСЛІДНИХ УСТАНОВ УКРАЇНИ, ВИКОНАНИХ ЗГІДНО МІЖНАРОДНИХ СТАНДАРТІВ ОЕСР, З КРАЇНАМИ ЄВРОПЕЙСЬКОГО СОЮЗУ – ЕФЕКТИВНИЙ ЗАХІД У СФЕРІ ХАРЧОВОЇ БЕЗПЕКИ

Учасники міжнародної конференції ООН із проблем клімату в грудні 2015 року прийшли до висновку, що з кожним роком на глобальному рівні біосфера зазнає незворотних змін, обумовлених антропогенним впливом, внаслідок чого зростають загрози біологічного походження, що становлять реальну небезпеку для існування живих організмів біосфери взагалі і людини зокрема. Завдяки зазначеному, предмет міжнародно-правового регулювання в галузі охорони природи все більш ускладнюється, набуває комплексно-біосферні, глобальні параметри. Тому у наш час біологічна проблематика включається в найважливіші політико-правові процеси: новий економічний порядок, права людини, загальноєвропейський процес, причому щоразу як самостійний елемент і потребує глибокого ґрунтовного наукового осмислення [1]. У цьому контексті особливого значення набуває питання стану громадського здоров'я країни, яке є першочерговим об'єктом спрямувань різних форм. Згідно міжнародної концепції «Єдине здоров'я», не можна досягти окремо високого рівня громадського здоров'я без такого ж рівня і стану довкілля, в якому проживає населення. Аналогічно, не можуть країни Європейського Союзу (ЄС) з високим рівнем стану громадського здоров'я стовідсотково бути захищені від викликів біологічного характеру Особливо вразливим у цьому відношенні є харчовий ланцюг людини.

Безпечність харчових продуктів є однією з важливих складових, як екологічної, так і біологічної складових національної безпеки кожної держави в тому числі й України. Впровадження систем управління безпекою харчових продуктів у зв'язку з динамічним зростанням різновидів біологічних загроз спонукає провідні країни світу до гармонізації їх законодавств. Політика щодо забезпечення біологічної та хімічної безпеки є важливою складовою політики ЄС в області екології, охорони здоров'я та захисту прав споживачів. Сьогодні можна констатувати той факт, що європейські стандарти в цій сфері є найбільше високими в світі. У рамках інтеграційних процесів 27 липня 2014 року Президентом України та керівництвом Європейського Союзу, главами держав і урядів, було підписано економічну частину Угоди про асоціацію між Україною та ЄС (далі Угода) [3].

Згадно зі статею 56 Угоди, Україна вживатиме необхідних заходів із метою поступового досягнення відповідності з технічними регламентами ЄС і системами стандартизації, метрології, акредитації, робіт з оцінки відповідності та ринкового нагляду ЄС і зобов'язується дотримуватися принципів і практик, викладених в актуальних Рішеннях та Регламенті ЄС [4].

Важливим аспектом Угоди є також співпраця у сфері науки і технологій. Це співробітництво буде здійснюватися, зокрема, активізацією в рамках багатосторонніх міжнародних організацій, таких як, Організація економічного співробітництва і розвитку (ОЕСР) [4].

Область вивчення пестицидів у польових умовах, їх залишкових кількостей, метаболізму є істотною проблемою в тому, що плани дослідження, умови, методи і результати значно відрізняються від традиційних токсикологічних досліджень, які проводяться у випробувальному центрі [5]. Принципи належної експериментальної практики (GEP) були введені в Європі в 1996 році, щоб забезпечити регулювання польових випробувань пестицидів із метою їх реєстрації. GEP була введена для того, щоб забезпечити основу й однаковість для проведення експериментів та подання звітності по оцінці пестицидів, які використовуються в польових умовах. Адже, як зазначалося раніше, визнано, що є багато факторів в польових умовах, які знаходяться поза контролем дослідників – грунтово-кліматичні особливості, погодні умови, сортовий і видовий склад рослин, особливості агротехніки вирощування, специфіки шкідливих об'єктів і ін. Як наслідок, цього результати польових досліджень, на відміну від

лабораторних, схильні до багатьох перемінних. Тому надійні статистичні моделі мають важливе значення для інтерпретації результатів.

Структура GEP подібна до GLP і вимагає аналогічних формальних документів, таких як протоколи, СОПи, польові журнали для збору даних, підготовка звітів і посадових інструкцій, а також формальну систему незалежного контролю якості.

Наша держава системно проводить цілу низку невідкладних нормотворчих робіт у сфері обігу небезпечних біологічних і хімічних агентів із підготовки нормативно-правової бази щодо приведення своїх технічних регламентів і процедур відповідно до європейських і міжнародних вимог та їх імплементації на підставі Угоди про асоціацію між Україною та ЄС включаючи і питання протидії диверсійно-терористичним загрозам. Настав час ініціювання перед країнами ЄС Україною питання з взаємного визнання даних і одноманітності з країнами Євросоюзу вітчизняних науково-дослідних установ відповідної акредитації в оцінці рівня небезпеки для здоров'я людини і навколишнього середовища, можливості контролю використання товарів подвійного використання біологічного та хімічного сектору економіки тощо. Таке взаємне визнання буде і черговим кроком асоціації в систему європейської спільноти та підвищить ефективність протидії диверсійно-терористичним загрозам із застосуванням небезпечних біологічних і хімічних агентів.

Література:

1. Авдошин І.В., Величко М.В., Гончарук Я.М. Міжнародно-правові аспекти екологічної безпеки крізь призму російської військової агресії проти України / Чернівці: Збірник наукових праць Буковинської академії (фахове видання), економ. науки, Вип. 11, 2017, С. 159-167.

2. Velychko M. et al. Food safety as a constituent part of Ukraine's biological security / M. Velychko, O., Shamsutdinov, S. Nedilchenko I. Salahor// INTERNATIONAL SCIENTIFIC CONFERENCE «EARTH BIORESOURCES AND ENVIRONMENTAL BIOSAFETY: CHALLENGES AND OPPORTUNITIES», November 4-7, 2013, P. 31-39, Kyiv, Ukraine.

3. МЗС України. Угода про асоціацію між Україною та ЄС. Електронний ресурс. – Режим доступу : http://mfa.gov.ua/ua/about-ukraine/european-integration/ua-eu-association.

4. Угода про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами, з іншої сторони // Офіційний вісник України. – 2014. – № 75. – том 1. – С. 83. – стаття 2125 . Електронний ресурс. – Режим доступу: http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/984_011/page.

5. OECD Series on Principles of GLP and Compliance Monitoring. Number 6. The application of the glp principles to field studies // ENV/JM/MONO(99)22 – Environment Directorate organisation for economic co-operation and development. – Paris, 1999. – 16 p. Електроннийресурс. – Режимдоступу: http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?doclanguage=en&cote=env/jm/mono(99)22.

6. McKenzie JohnEfficacy Trials and Influencing Factors in Field Practice in Europe/John McKenzie // AgroNews. – 2012. – Jun. 6. h Електронний ресурс. – Режим доступу: ttp://news.agropages.com/News/NewsDetail---7033.htm.

Сенюта І. Я.

БАЛАНС ІНТЕРЕСІВ ІНДИВІДУАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я І ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Здоров'я – одне з тих благ, що визнається найвищою соціальною цінністю на конституційному рівні (ст. 3 Конституції України, ч. 2 ст. 201 Цивільного кодексу України (далі – ЦК України)). Цивільно-правову роль ключового блага – здоров'я – можна визначити з аналізу норми ч. 1 ст. 201 ЦК України, в якій, з-поміж особистих немайнових благ, які охороняються цивільним законодавством, здоров'я є першим, у переліку зазначене благо поставлене навіть перед такою цінністю, як життя.

Існує чимало підходів до тлумачення сутності здоров'я. Згідно з дефініцією здоров'я, яку подано в Преамбулі до Статуту Всесвітньої організації охорони здоров'я (далі – ВООЗ), здоров'ям є стан повного фізичного, духовного і соціального благополуччя, а не лише відсутність хвороб чи фізичних вад [1]. Визначення здоров'я, запропоноване ВООЗ, є одним із найуживаніших і водночас дискусійним. ВООЗ для позначення цього поняття використовує термін «благополуччя», а саме здоров'я трактує як щось абсолютне та навіть недосяжне, до чого можна тільки прагнути. При цьому враховується не будь-яке благополуччя, а лише його поєднання у фізичній, душевній і соціальній сферах життєдіяльності. Враховуючи численні зауваження і критику, висловлені в багатьох країнах, Генеральна Асамблея ВООЗ у 1998 р. уточнила обсяг цього поняття, зазначивши, що під здоров'ям розуміють «динамічний процес повного фізичного, психічного і соціального благополуччя, а не лише відсутність хвороб чи фізичних дефектів» [2, с. 189].

Запропоноване ВООЗ визначення здоров'я знайшло відображення і в законодавстві України. Зокрема, згідно з дефініцією, закріпленою у ст. 3 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (далі – Основи), здоров'я – це стан повного фізичного, психічного і соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб і фізичних вад. Під *здоров'ям пропонуємо розуміти особисте немайнове благо кожної людини, яке визначається максимально досяжним та оптимальним фізичним і психічним станом людського організму, що є необхідним для забезпечення біологічного і соціального існування, здатності до тривалого активного життя й відтворення здорового покоління*.

Із поняттям «здоров'я» тісно пов'язане інше терміносполучення «громадське здоров'я». У той час як історія вчення про індивідуальне здоров'я людини налічує кілька тисяч років, беручи свій початок від медицини стародавніх Китаю, Єгипту, Греції та Риму, концепція громадського здоров'я існує близько двох століть. Її виникнення пов'язане з ідеями Великої французької революції та деякими іншими подіями кінця XVIII – початку XIX ст. [3]. За умов спектральних трансформацій усіх національних систем царина громадського здоров'я набуває новельної форми і змісту. Каталізація процесу розпочалася з підписанням Україною Угоди про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії та їхніми державами-членами, з іншої сторони. Концептуальним положенням гл. 22 «Громадське здоров'я», яке закладає, зокрема, інтеграційний вибір України в європейські мережі охорони здоров'я, є «охорона здоров'я у всіх політиках». Відтак, охорона здоров'я має слугувати точкою відліку для ухвалення рішень усіх органів влади, адже ядром цієї системи є людина.

Громадське здоров'я є однією з основних цінностей охорони здоров'я і визначальним критерієм дотримання прав людини у сфері охорони здоров'я. У Стратегічному документі Європейського регіонального бюро ВООЗ «Здоров'я – 2020: основи Європейської політики в підтримку дій держави та суспільства в інтересах здоров'я і благополуччя» (2012) зазначено, що всі 53 держави Європейського регіону ухвалили рішення про створення нових загальних основ політики – Здоров'я-2020. Спільна мета, яка, звичайно, має бути визначальною для політики кожної країни Європейського регіону, – це значне поліпшення здоров'я і підвищення рівня добробуту населення, скорочення нерівності щодо

здоров'я, зміцнення охорони громадського здоров'я і забезпечення наявності універсальних, соціально справедливих стійких і високоякісних систем охорони здоров'я, орієнтованих на людину.

У Рекомендаціях парламентських слухань на тему «Про реформу охорони здоров'я в Україні», схвалених Постановою Верховної Ради України від 21.04.2016 р., зазначено, що сьогодні одним зі стратегічних документів для трансформацій у сфері охорони здоров'я охоплено й царину громадського здоров'я. Крім того, затверджено Концепцію розвитку системи громадського здоров'я в Україні та розроблено проект Закону України «Про засади державної політики охорони здоров'я» та проект Закону України «Про систему громадського здоров'я». У Концепції вперше запропоновано визначення поняття «система громадського здоров'я», під яким розуміється комплекс інструментів, процедур і заходів, що реалізуються державними та недержавними інституціями для зміцнення здоров'я населення, попередження захворювань, продовження активного та працездатного віку та заохочення до здорового способу життя шляхом об'єднання зусиль усього суспільства. У проекті Закону України «Про засади державної політики охорони здоров'я» вперше зроблено спробу нормативної редакції дефініції поняття «громадське здоров'я», під яким розуміється діяльність, спрямована на збереження та зміцнення здоров'я населення, збільшення тривалості життя, що здійснюється органами державної влади, органами місцевого самоврядування та їх посадовими особами за допомогою організованих зусиль суспільства. У проекті Закону України «Про систему громадського здоров'я» також міститься визначення правової конструкції «громадське здоров'я» під якою законодавець пропонує розуміти сферу знань та організовану діяльність суб'єктів у системі громадського здоров'я щодо зміцнення здоров'я, запобігання хворобам та збільшення тривалості життя.

Українське законодавство сьогодні ще не містить нормативного визначення поняття «громадське здоров'я». Варто привернути увагу до нормативно-правової бази інших держав, які мають спеціалізовані закони з відповідним глосарієм. Зокрема, у ст. 3 Закону Грузії «Про громадське здоров'я» від 27.06.2007 р. міститься визначення поняття «охорона громадського здоров'я», під якою розуміється сукупність заходів, спрямованих на зміцнення здоров'я населення, превенцію і контроль захворювань. У ст. 1 Закону Киргизької Республіки «Про охорону громадського здоров'я» від 25.06.2009 р. містяться визначення двох терміносполучень: «громадське здоров'я» та «охорона громадського здоров'я». У цьому нормативному акті громадське здоров'я визначено як здоров'я населення чи певних груп і спільнот за географічною, соціальною чи іншою ознакою, що оцінюється демографічними показниками, характеристиками фізичного розвитку, захворюваності та інвалідності.

Як зазначає І. Х. Бабаджанов, здоров'я є не лише особистим, а й суспільним благом [4, с. 108] і тому своїм змістом охоплює як поняття «суспільного здоров'я», так і поняття «здоров'я індивідуального». На думку Р. О. Стефанчука, забезпечення суспільного здоров'я насамперед повинно відбуватись з урахуванням державних інтересів, і тому ця категорія та її забезпечення здебільшого повинні перебувати у сфері публічного права. Натомість поняття «індивідуального здоров'я» є категорією приватноправовою [5, с. 157]. З огляду на сутнісні ознаки терміноконструкції «громадське здоров'я» пропонуємо таке його визначення: *громадське здоров'я – це психічне та фізичне здоров'я населення певної території в умовах безпечного середовища життєдіяльності, що оцінюється максимально досяжними та оптимальними демографічними показниками, характеризується зниженням рівня захворюваності та інвалідності, здатністю до тривалого активного життя*.

Вважаємо, що індивідуальне здоров'я є приватноправовою категорією, проте в частині здійснення заходів з охорони громадського здоров'я роль фізичної особи, пов'язана зі здійсненням особистих немайнових прав у сфері охорони здоров'я, має вплив на забезпечення громадського здоров'я, яке превалюючи є публічно-правовою категорією. Проте приватноправова і публічно-правова площини містять спільну правову територію, на якій балансують інтереси індивідуального і громадського здоров'я.

Ілюстрацією такого поєднання є, приміром, реалізація права на вакцинацію. Реалізація цивільних правовідносин у цій сфері має значення і для громадського здоров'я, адже заходи з охорони громадського здоров'я повинні вживати не тільки органи влади і місцевого самоврядування, підприємства, установи, організації, а й населення і кожна людина. Прикладами можуть слугувати обов'язок пацієнта як суб'єкта правовідносин з надання медичної допомоги піклуватись про своє здоров'я та здоров'я дітей, не шкодити здоров'ю інших громадян, обов'язок проходити профілактичні медичні огляди і робити щеплення. Слід відзначити, що часом права фізичної особи зазнають законних обмежень, що

зумовлено потребою охорони громадського здоров'я. Питання досягнення балансу інтересів при здійсненні особистих немайнових прав (наприклад, права на згоду на медичну допомогу) та інтересів охорони здоров'я населення (громадського здоров'я) покладається на медичних працівників, які надають медичну допомогу. Ця правова площина балансу інтересів індивідуального здоров'я і громадського здоров'я має цивільно-правову природу. На цих засадах «балансування» стоїть і Європейський суд з прав людини (далі – ЄСПЛ), зокрема в рішенні у справі «Соломахін проти України» (Solomakhin v. Ukraine) (2012) (п. 36) [6]. ЄСПЛ зазначив, що порушення фізичної недоторканості заявника можна вважати виправданим міркуваннями охорони здоров'я населення та необхідністю контролювати поширення інфекційного захворювання в області. Крім того, згідно з висновками національного суду, медичний персонал перевірив відсутність протипоказань до щеплення заявника перед тим, як його проводити, отже, було вжито необхідних запобіжних заходів, щоб гарантувати, що медичне втручання не завдасть шкоди заявникові тією мірою, якою це порушуватиме баланс інтересів особистої недоторканості заявника та інтересів охорони здоров'я населення.

Література:

1. Статут (Конституція) Всесвітньої організації охорони здоров'я від 22 липня 1946 р. URL : http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/995_599 (дата звернення: 07.03.2018).

2. Журавель В. И. Системы здравоохранения – новые организационно-управленческие модели. Актуальные проблеми правового регулирования медицинской деятельности : материалы 1-й Всерос. научн.-практич. конф., Москва : «Юрист», 2003. 344 с.

3. Журавель В. И. Системы здравоохранения – новые организационно-управленческие модели. Актуальные проблеми правового регулирования медицинской деятельности : материалы 1-й Всерос. научн.-практич. конф., Москва : «Юрист», 2003. 344 с.

4. Бабаджанов И. Х. Гражданско-правовые проблемы права на жизнь и здоровье : дис. … канд. юрид. наук : 12.00.03. Душанбе, 2004. 175 с.

5. Стефанчук Р. О. Здоров'я фізичної особи як об'єкт її особистих немайнових прав. Форум права. 2007. № 1. С. 154–160. URL : http://nbuv.gov.ua/UJRN/FP_index.htm_2007_1_27 (дата звернення: 22.10.2018).

6. Judgement of the European Court of Human Rights in the case of «Solomakhin v. Ukraine» of 24 September 2012. URL : http://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-109565 (Last accessed: 03.11.2018).

Терешко Х. Я.

ОСОБЛИВОСТІ РЕАЛІЗАЦІЇ ІНФОРМАЦІЙНИХ ПРАВ У СФЕРІ НАДАННЯ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Проблеми реалізації прав людини у сфері надання психіатричної допомоги не втрачають своєї актуальності й досі та спектрально їх досліджують науковці й аналізують практики.

Інформація у сфері надання психіатричної допомоги має двоїсту природу: з одного боку, це надання у доступній формі інформації особі про стан її психічного здоров'я, прогноз можливого розвитку захворювання, про застосування методів діагностики та лікування, альтернативні методи лікування, можливий ризик та побічні ефекти, умови, порядок і тривалість надання психіатричної допомоги, яку надають, зокрема, з метою отримання усвідомленої згоди чи відмови від психіатричної допомоги, за винятком випадків її надання у примусовому порядку, тобто це право особи на інформацію, а, з іншого – це не розголошення інформації, яка є конфіденційною за своїм режимом – право на таємницю.

Відповідно до абз. 9 ч. 1 ст. 1 Закону України «Про психіатричну допомогу» від 22.02.2000 р. [1], усвідомлена згода особи – це згода, яку вільно висловила особа, здатна зрозуміти інформацію, що надано доступним способом, про характер її психічного розладу та прогноз його можливого розвитку, мету, порядок та тривалість надання психіатричної допомоги, методи діагностики, лікування та лікарські засоби, що можуть бути застосованими у процесі надання психіатричної допомоги, їхні побічні ефекти та альтернативні методи лікування. Слід зазначити, що законодавець у цій нормі, закріпив не лише передумову надання психіатричної допомоги у добровільному порядку, як надання інформації у доступній формі, але й визначив обсяг такої інформації. Саме на лікаря-психіатра покладено обов'язок пояснити особі, якій надають психіатричну допомогу, з врахуванням її психічного стану, інформацію про стан її психічного здоров'я, прогноз можливого розвитку захворювання, про застосування методів діагностики та лікування, альтернативні методи лікування, можливий ризик та побічні ефекти, умови, порядок і тривалість надання психіатричної допомоги, її права та можливі обмеження цих прав при наданні психіатричної допомоги передбачені Законом України «Про психіатричну допомогу» [1]. Право на одержання зазначеної інформації виникає в особи з досягненням 14 років, щодо неповнолітньої особи віком до 14 років та особи, визнаної у встановленому законом порядку недієздатною, на таку інформацію мають право їхні законні представники. Слід зазначити, що нечасто у спеціальному законодавстві встановлють віковий ценз для реалізації права на інформацію, адже є загальна регламентація особливостей здійснення цього права. У ст. 285 Цивільного кодексу України вказано, що повнолітня фізична особа має право на достовірну і повну інформацію про стан свого здоров'я. Подібна норма знаходиться і у ст. 39 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», у якій закріплено право пацієнта, який досяг повноліття, на отримання достовірної і повної інформації про стан свого здоров'я. Проте, спеціальна норма закріплює 14 років, як вік, з якого можна реалізувати досліджуване право. Такий підхід законодавця викликає багато запитань, адже сфера надання психіатричної допомоги є особливо «чуттєвою», а пацієнти – особливо уразливими, тому, на нашу думку, доцільніше було б збільшити віковий ценз, уніфікувавши його з нормами, які розміщені у загальному законодавстві.

Згідно з ч. 2 ст. 26 Закону України «Про психіатричну допомогу» [1], особа, під час надання їй психіатричної допомоги, або її законний представник має право на ознайомлення з історією хвороби та іншими документами, а також на отримання у письмовому вигляді будь-яких рішень щодо надання їй психіатричної допомоги відповідно до закону.

Однозначною у цьому аспекті є і практика Європейського суду з прав людини, яка, відповідно до ст. 17 Закону України «Про виконання рішень та застосування практики Європейського суду з прав людини» від 23.02.2006 р. [2], є джерелом права для України. Правова позиція Європейського суду з прав людини стосовно надання копій медичних документів, зокрема, в рішенні у справі «К. Х. та інші

проти Словаччини» (K. H. and others v. Slovakia) від 28.04.2009 р. [3] є такою: «Пам'ятаючи про те, що реалізація права на повагу до особистого та сімейного життя, передбаченого ст. 8 Конвенції про захист прав людини і основоположних свобод, повинна бути практичною й ефективною. Суд дотримується думки, що такий позитивний обов'язок повинен бути розширений, зокрема у справах, подібних до тієї, що є предметом цього розгляду, коли йдеться про персональні дані, щоб уможливити виготовлення копій документів з персональними даними».

Окрім того, особливу увагу привертає ч. 3 ст. 26 Закону України «Про психіатричну допомогу» [1], у якій вказано: «У випадках, коли повна інформація про стан психічного здоров'я особи може завдати шкоди її здоров'ю або призвести до безпосередньої небезпеки для інших осіб, лікар-психіатр або комісія лікарів-психіатрів можуть таку інформацію обмежити. У цьому разі лікар-психіатр або комісія лікарів-психіатрів інформує законного представника особи, враховуючи особисті інтереси особи, якій надають психіатричну допомогу. Про надану інформацію або її обмеження роблять запис у медичній документації». Законодавець зробив виняток із загального правила про надання особі повної інформації про її стан психічного здоров'я у доступній формі, у певних випадках. Ця норма не викликала б наукового та практичного інтересу, якби не містила положення про розголошення лікарської таємниці, адже законодавець передбачив не лише обмеження пацієнта в отриманні, у певних випадках, інформації, а й зобов'язав лікаря-психіатра або комісію лікарів-психіатрів поінформувати законного представника і зробити відповідний запис у медичній документації. Ця норма недосконала і порушує право дієздатної особи на лікарську таємницю.

Статтею 6 Закону України «Про психіатричну допомогу» [1] особі, якій надають психіатричну допомогу, гарантоване право на лікарську таємницю. Зокрема, до відомостей, що не підлягають розголошенню законодавець відніс інформацію: про наявність в особи психічного розладу, про факти звернення за психіатричною допомогою та лікування у закладі з надання психіатричної допомоги чи про перебування у закладі соціального захисту осіб, які страждають на психічні розлади, або спеціальному навчальному закладі, а також інші відомості про стан психічного здоров'я особи, її приватне життя.

Однозначною у цьому аспекті є судова практика, зокрема, у рішенні Жовтневого районного суду м. Дніпропетровська від 01.02.2010 р. [4], суд вказує на таке: «Позивач у позовній заяві та у судовому засіданні в обґрунтування своїх позовних вимог покликався на те, що 10.06.2008 року заступником головного лікаря лікарні № 14 ОСОБА_4, без письмового запиту Жовтневого районного суду м. Дніпропетровська, а також без згоди позивача на ознайомлення сторонніх осіб з інформацією стосовно нього, було направлено до зазначеного суду, конфіденційну інформацію щодо позивача, зокрема копію медичної картки, чим було порушено його права.

Оцінюючи усі докази, які були досліджені судом під час судового засідання у їх сукупності, суд виходив з того, що у судовому засіданні був встановлений факт направлення відповідачем 10.06.2008 року порушення вимог Закону України «Про психіатричну допомогу» копії медичної картки ОСОБА_1 на адресу Жовтневого районного суду м. Дніпропетровська та прокуратури Жовтневого району м. Дніпропетровська без згоди на те самого ОСОБА_1 чи його представника та за відсутності відповідних запитів прокуратури та суду щодо надання такої інформації. Також у судовому засіданні знайшов підтвердження факт неправомірної відмови відповідачем позивачу у праві на ознайомлення з його медичною карткою, а тому суд дійшов до висновку, що позовні вимоги у цій частині є обґрунтованими та підлягають задоволенню». Суд визнав дії закладу охорони здоров'я щодо розголошення лікарської таємниці та позбавлення права особи на ознайомлення з медичною документацією – неправомірними.

Відповідно до положень, які розміщені у ст. 6 Закону України «Про психіатричну допомогу» [1], можна дійти висновку, що законодавець допускає винятки з правил, тобто випадки правомірного розголошення лікарської таємниці. Одним із таких випадків є передання відомостей про стан психічного здоров'я особи та надання їй психіатричної допомоги іншим особам лише в інтересах особи, яка страждає на психічний розлад, для проведення обстеження та лікування чи захисту її прав і законних інтересів, для здійснення наукових досліджень, публікацій у науковій літературі, використання у навчальному процесі. Проте слід наголосити, що під час надання конфіденційної інформації про особу шляхом «правомірного» розголошення лікарської таємниці необхідно враховувати насамперед найкращі інтереси самої особи.

Так, Європейський суд з прав людини у справі «Пантелеєнко проти України» (Panteleyenko v. Ukraine) від 29.06.2006 р. [5] у пп. 57-58 вказує: «У цьому випадку національний суд надіслав запит і отримав із психіатричної лікарні конфіденційну інформацію про психічний стан і відповідне медичне лікування заявника. Ця інформація була у подальшому оприлюднена суддею сторонам та іншим особам, присутнім у судовій залі на публічних слуханнях.

Суд вважає, що подібні подробиці, безперечно, є інформацією, що належить до «особистого життя» заявника, і що захід, який розглядають, призвів до розширення кола осіб, ознайомлених з цими подробицями. Таким чином, заходи, вжиті судом, є порушенням права заявника, гарантованого йому статтею 8 Конвенції («Z. проти Фінляндії», ухвала від 25 лютого 1997 року, Звіти про ухвали і рішення 1997-I, п. 71).

Суд відзначає, що здійснений запит Новозаводським судом інформації був непотрібним, оскільки інформація не була «важливою для розслідування, досудового слідства чи судового розгляду», і, отже, був незаконним згідно зі ст. 6 Закону України «Про психіатричну допомогу»».

Сфера надання психіатричної допомоги особливо сенситивна і потребує максимально чіткого й виваженого законодавчого регулювання, аби запобігти зловживанню, дискримінації та створити комфортні нормативні умови для осіб, які страждають на психічні розлади, з одного боку, а з іншого – для осіб, які таку допомогу надають.

Література:

1. Про психіатричну допомогу: Закон України від 22.02.2000 р. №1489-III // Відомості Верховної Ради України. – 2000. – №19. – Ст. 143.

2. Про виконання рішень та застосування практики Європейського суду з прав людини: Закон України від 23.02.2006 р. № 3477-IV // Відомості Верховної Ради України. – 2006. – №30. – Ст. 260.

3. Рішення Європейського суду з прав людини у справі «К.Х. та інші проти Словаччини» від 28.04.2009 р. // Медичне право. – 2013. – № 2. – С.125-140.

4. Рішення Жовтневого районного суду м. Дніпропетровська від 01.02.2010 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.reyestr.court.gov.ua/Review/8524282

5. Рішення Європейського суду з прав людини у справі «Пантелеєнко проти України» від 29.06.2006 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/974_274

Секційне засідання№ 5

«МЕНЕДЖМЕНТ В ОХОРОНІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я. ЕФЕКТИВНА РЕАЛІЗАЦІЯ ТА РОЗВИТОК ЛЮДСЬКОГО КАПІТАЛУ»

Барна О. М., Корост Я. В., Кузнєцова А. С.

МІСІЯ ЗДОРОВ'Я ТА ПРОФІЛАКТИКИ АСОЦІАЦІЇ ПРЕВЕНТИВНОЇ ТА АНТИЕЙДЖИНГ МЕДИЦИНИ

Усі ми хочемо жити довго, щасливо, бути завжди здоровими й молодими. Саме подовження тривалості й збільшення якості життя населення України задекларовано як основну мету Асоціації превентивної та антиейджинг медицини – всеукраїнського професійного об'єднання лікарів.

Всеукраїнська громадська організація «Асоціація превентивної та антиейджинг медицини» заснована в 2008 році. На сьогодні в Україні Асоціація стала одним із потужних осередків, які накопичують і поширюють знання про профілактичну медицину й медицину антистаріння шляхом реалізації власних соціальних програм та ініціатив.

Основним вектором соціальних програм організації є просування знань про необхідність ранньої профілактики та попередження захворювань.

Кількість членів Асоціації налічує понад вісімнадцять тисяч лікарів різних спеціальностей, що об'єднані в 14 обласних осередків по всій території України. Кожен охочий лікар, незалежно від спеціальності, може долучитися до спільноти фахівців, які прагнуть власними силами та знаннями допомогти розвитку профілактичної медицини в Україні.

Основна діяльність Асоціації спрямована на пропагування засад профілактичної та антивікової медицини, і задля реалізації основних векторів своєї діяльності Асоціація здійснює роботу в таких напрямах:

• організація і проведення Міжнародного конгресу «Профілактика. Антиейджинг. Україна» – щорічного науково-практичного форуму для лікарів;

• освіта лікарів і пацієнтів – освітні курси для лікарів «Мистецтво лікування» у різних регіонах країни та очно-заочні дистанційні курси післядипломної освіти на сторінках журналу «Мистецтво лікування»;

• рекомендації з ранньої діагностики та контролю симптомів захворювання для пацієнтів;

• інтернет-платформа «Живи активно!»;

• організація тематичних наукових медичних заходів;

• інформування лікарів щодо найактуальніших новин і подій профілактичної і антиейджинг медицини шляхом електронного та поштового відправлення листів;

• організація та проведення соціальних проектів з превентивної й антиейджинг медицини: Всеукраїнські соціальні програми «Здорове серце», «Серцево-судинний ризик під контролем», «Легко дихати, легко жити!», «Міста здоров'я», Всеукраїнський громадський рух «Народжуймо українців – відроджуймо Україну!», Всеукраїнська соціальна ініціатива «60+ кардіо»;

• залучення до процесу популяризації здорового способу життя відомих митців і публічних людей – авторський проект художниці Олександри Прахової «7 кроків до здорового серця», меморандум з Національним олімпійським комітетом України «Рух дарує життя», виставка картин академіка В. В.Безрукова «Довга дорога життя».

Асоціація відкрита до нових пропозицій на ниві профілактичних програм, соціальних ініціатив та інших проектів і запрошує до співпраці не лише індивідуальних, а й колективних членів.

Карташова С. С., Щетініна О. К., Канєва Т. В.

ВАРТІСТЬ СЕРЕДНЬОСТАТИСТИЧНОГО ЖИТТЯ В УКРАЇНІ: МІЖНАРОДНИЙ ДОСВІД, РЕКОМЕНДАЦІЇ ПРИ ВИКОРИСТАННІ

Уявлення про те, що життя є безцінним, призводить до замовчування теми його вартості як аморальної і на державному рівні служить гарним виправданням вкрай низьким сумам компенсаційних виплат сім'ям загиблих. Наслідком цього є те, що держава перестає вважати за потрібне вкладатися в збільшення безпеки життєдіяльності своїх громадян (транспортної, виробничої і т. ін.), оскільки не несе значних витрат у разі їхньої смерті.

Оцінка вартості людського життя потрібна для проведення адекватної сучасним умовам державної політики в області не тільки компенсаційних виплат, а й для розробки заходів щодо підвищення безпеки та нейтралізації (мінімізації) ризиків в усіх сферах життєдіяльності людини. Крім того, це необхідно для запровадження та функціювання систем страхування життя і здоров'я на державному рівні. При цьому слід розрізняти як мінімум два різновиди показника вартості статистичного життя людини, а саме: один із показників слід використовувати під час встановлення рівня компенсаційних виплат родичам загиблих, наприклад, у разі надзвичайних ситуацій, інший – під час проведення оптимізаційного економічного аналізу заходів, спрямованих на підвищення рівня безпеки та зниження ризику того чи того виду діяльності або ризику виникнення надзвичайних ситуацій.

У той же час слід розуміти, що не всі витрати зі зниження ризику для життя та здоров'я є економічно спроможними для держави, тому вимагати зниження ризику для життя будь-якою ціною – значить втрачати почуття реальності, керуватися емоціями, а не логікою. Реально існує певна межа коштів, вище якої їхні витрати стають недоцільними при поточному рівні економічного розвитку.

Таким чином, економічний еквівалент вартості середньостатистичного життя (ВСЖ) в державі показує, який обсяг коштів вона готова вкласти в нейтралізацію небезпечних факторів довкілля чи мінімізацію ризиків для збереження здоров'я свого населення [1], та формує розміри компенсацій.

В Україні не існує офіційно визнаної методики визначення вартості людського життя, коли вона вкрай необхідна не тільки для розрахунків компенсаційних виплат та матеріальної допомоги жертвам можливих терактів, катастроф, нещасних випадків, а й для проведення відповідних заходів щодо їх запобігання, чи, принаймні, зменшення ризиків щодо їх виникнення.

В основі методології побудови оцінки ВСЖ на основі міжнародних порівнянь – поширення досвіду США та ЄС на ті країни, де на національному рівні не встановлені значення базових величин економічного збитку Z_E від втрат здоров'я чи життя середньостатистичної людини. Тобто, для оцінки ВСЖ в Україні пропонується вибирати питомі значення Z_E, що рекомендовані США чи ЄС з поправочним коефіцієнтом, рівним відношенню значень Z_E до річних обсягів середньодушових ВВП. Тобто пропонується множити значення Z_E, що використовується, наприклад, у країнах ЄС, на частку x^b = (ВВП (досліджувана країна)/ВВП (ЄС))^b , де b – коефіцієнт еластичності [2].

Під час застосування цього методу для оцінки ВСЖ в Україні було використане в якості базових значень ВСЖ на рівні 4,8 млн. дол. (рекомендація EPA США [3]) та як 3,1 млн. євро (загальноєвропейський проект Extern E). При цьому, із метою уникнення методологічних помилок під час проведення міжнародних зіставлень, слід використовувати ВВП на душу населення, перерахований за паритетом купівельної спроможності (ПКС).

Таким чином, якщо взяти за основу значення ВСЖ на рівні 4,8 млн. дол., рекомендоване Американським агентством із захисту навколишнього середовища, і скоригувати його для України через співвідношення:

$$ВСЖ_{Україна} = ВСЖ_{США} Ч (ВВП_{ППС, Україна}/ВВП_{ППС, США}),$$

то отримаємо $ВСЖ_{Україна, 2017}$ = 4,8 млн. дол. × (8,713/59,501) = 0,703 млн.$, або близько 18,70 млн. грн. за середньозваженим курсом НБУ у 2017 р.

Але зазначимо, що оцінку ВСЖ на цьому рівні рекомендується використовувати під час проведення проектних розрахунків збитків, пов'язаних зі втратами життя чи здоров'я серед населення, яке піддається ризику під час надзвичайних ситуаціях із метою уникнення додаткових соціально-економічних втрат внаслідок зниження очікуваної кількості смертельних випадків. Більш того, таке значення ВСЖ повинно враховуватися під час формування стратегії та/або програм соціально-економічного розвитку регіонів і країни в цілому.

Якщо наслідком додаткового негативного впливу довкілля на здоров'я населення є смерть, то необхідно оцінити розмір компенсаційних виплат від передчасної смерті. Тут найбільш застосованими є підходи на засадах теорії корисності [4]. Прийнято вважати, що передчасна смерть означає втрату суспільної корисності, пов'язаної з людиною, при цьому соціально-економічний збиток дорівнює втраті корисності, вираженої в економічних показниках.

Цей підхід базується на припущенні, що суспільну корисність людини можна виміряти за допомогою річних наявних доходів населення, згідно з яким економічна корисність індивіда для суспільства дорівнює доходу, який він забезпечує для себе. Тобто вважають, що річний наявний дохід у розрахунку на одну особу є кількісною характеристикою суспільної корисності середньостатистичної людини.

Результати розрахунків вартості середньостатистичного життя в Україні на засадах теорії корисності ($ВСЖ_{ЕК}$) представлені у таблиці 1.

Таблиця 1.

Оцінки ВСЖ, отримані на засадах теорії корисності

Показник	Роки			
	2014	2015	2016	2017
$ВСЖ_{ЕК(D)}$, тис. грн.	275,050	141,028	226,501	368,890
$ВСЖ_{ЕК(V)}$, тис. грн.	368,013	204,915	341,178	568,108

Не заперечуючи принципову можливість застосування вищезазначених підходів для оцінювання економічної корисності людини, потрібно відзначити, що для отримання більш точних, науково обґрунтованих результатів слід враховувати випадковий характер часу настання смерті, що забезпечує актуарний підхід. Останнє потребує використання сучасних методів теорії ймовірностей та математичної статистики, зокрема актуарної математики. При цьому оцінку економічної корисності середньостатистичної людини віку x слід проводити з використанням періодичних нетто-тарифів довічного страхування, оскільки актуарні розрахунки нетто-премій обчислюються на основі "принципу еквівалентності", тобто прирівнюються очікувані дисконтові сумарні надходження і виплати [5].

Зокрема, ВСЖ можна оцінити за формулою (у традиційних позначках актуарної математики): $ВСЖ_{АМ} = D/P_m(x)$, де D – щомісячний наявний доход (або ВВП) у розрахунку на душу населення; $P_m(x)$ – періодичний (щомісячний: m = 12) нетто-тариф довічного страхування особи у віці x років.

При використанні в якості D щомісячного наявного доходу на душу населення, що у 2017 р. складав 3813,6 грн., та $P_{12}(40) \approx 1{,}96 \times 10^{-3}$, остаточно маємо $ВСЖ_{АМ} = 3813{,}6/(1{,}96 \times 10^{-3}) \approx 1945714$ грн.

Середньомісячний ВВП, розрахований на одну особу у 2017 р. становив 5873,1 грн., при його використанні в якості D маємо: $ВСЖ_{АМ} \approx 2996500$ грн.

Динаміка оцінок показника ВСЖ, отриманих за актуарним підходом наведена у табл. 2.

Таблиця 2.

Оцінки ВСЖ: актуарний підхід, 2014-2017 рр.

Показник	Роки			
	2014	2015	2016	2017
$ВСЖ_{АМ(D)}$, грн.	1019102	1274109	1412214	1945714
$ВСЖ_{АМ(V)}$, грн.	136355	1896560	2215021	2996500

Із розрахунків маємо, що оцінка $ВСЖ_{АМ}$ в Україні за два останні роки, згідно з актуарним підходом, потрапляє в діапазон 1,412 млн. грн. ч 2,997 млн. грн із середнім значенням на рівні 1,679 ч 2,606 млн. грн.

Окремо зазначимо, що оцінки ВСЖ на засадах теорії корисності, при розрахунках яких не враховувався випадковий характер часу настання смерті значно менші ніж $ВСЖ_{АМ}$, і тому їх не можна вважати достатньо коректними та використовувати під час формування компенсаційних виплат.

Підбиваючи підсумок вищевикладеному, зазначимо, що показник ВСЖ на рівні ≈ 2,6 млн. грн., який відповідає усередненій оцінці, отриманій на основі використання актуарного підходу як найбільш коректного, може бути рекомендованим для компенсаційних виплат у разі надзвичайних ситуацій, пов'язаних із втратою життя.

Але варто ще раз підкреслити, що рекомендовані до використання значення ВСЖ слід розглядати лише в рамках нинішнього соціально-економічного стану України. Тому мірою покращення економічної ситуації в державі для ефективного використання економічних методів управління ризиками доцільно періодично переглядати вищенаведені вартісні оцінки ВСЖ у бік зростання.

Література:

1. Трунов И. Л. Эквивалент стоимости человеческой жизни / И. Л. Трунов, Л. К.Айвар, Г. Х. Харисов // Представительная власть – XXI век. – 2006. – № 3 (69). – С. 24–29.

2. Viscusi W. K. The heterogeneity of the value of statistical life: Introduction and overview / W. K. Viscusi // Journal of Risk and Uncertainty. – 2010. – No 40 (1). – P. 1–13.

3. The benefits and Costs of the Clean Air Act, 1970–1990, EPA report for US Congress, EPA, US, 1998.

4. Кручинина И. А. К вопросу об оценке стоимости человеческой жизни / И. А. Кручинина, М. В. Лисанов, А. С. Печеркин, В. И. Сидоров // Проблемы безопасности и чрезвычайных ситуаций. – 2003. – № 4. – С. 72–75.

5. Тарифное руководство по страхованию жизни по Программе накопительного страхования «Линия жизни» Военно-страховой компании. ВСК страховой дом. – М. : 2002. – 307 с.

Поплавська О. М., Чала Н. Д.

РОЗВИТОК ЛЮДСЬКОГО КАПІТАЛУ ТА СОЦІАЛЬНІ ВИКЛИКИ В УМОВАХ ІНДУСТРІЇ 4.0

Індустрія 4.0 характеризується роботизацією, інтернетом речей та інтеграцією з кіберфізичними системами. Радикальна зміна технологій призводить до більш складних соціально-економічних змін, які впливають на трансформацію суспільства, риинку праці, соціально-трудові відносини і спричинюють цілу низку викликів перед державою, компаніями, окремими особами. Однією з таких проблем є нові вимоги до розвитку людського потенціалу, питання працевлаштування, розшарування суспільства та соціальний захист. Сучасні дослідники наголошують на зростанні безробіття через скорочення робочих місць внаслідок роботизації. За прогнозами [1] до 2050 року у США буде комп'ютерізовано та автоматизовано 80% робочих місць в атомобільній промисловості; 70% – у сфері виробництва пластмас; 45% – у медицині і охороні здоров'я. Цифровізація суспільства спричинює глобальні трансформації суспільства, що вимагає нової соціальної політики.

Аналізуючи соціально-економічні показники з позицій відповідності названим критеріям, автори виявили наступні проблемні зони: швидкість оновлення знань; інертність освіти; відсутність чіткого бачення сфери трудового додатки людини в епоху штучного інтелекту, невідповідність якості робочої сили вимогам роботодавця. У разі, коли ми не враховуємо названі моменти, вектор цифрової економіки може прийняти негативний напрямок.

Соціальні виклики Індустрії 4.0 треба розглядати на

– макрорівні – державний рівень прийняття рішень;

– мікрорівні – прийняття рішень на рівні компаній;

– індивідуальному рівні – прийняття рішень на рівні носія робочої сили.

Ступінь відповідальності кожного центру різна, вона залежить від правил, встановлених на макрорівні. Водночас на індивідуальному рівні більш впливовими є суб'єктивні чинники та емоції [2]: психолого-фізіологічні особливості, стійкість моральних і культурних цінностей. На державному рівні соціальні виклики можна згрупувати на такі: зростання безробіття; вимивання середнього класу; зниження загальної культури суспільства, посилення агресивних настроїв; відсутність стратегії адаптації суспільства до вимог економіки 4.0 .; невідповідність пропозицій сфери освіти потребам економіки (неможливість дати необхідні навички і компетентності).

Всі ці чинники впливають на врівноваження попиту та пропозиції на ринку робочої сили, де чітко видно перекіс попиту на робочу силу, якої немає (ринок не пропонує). Таким чином, постає перша проблема – підготовка персоналу, який відповідав би вимогам цифрової економіки. При цьому самостійно компанії не можуть вирішити цю проблему в повному обсязі, тому державі необхідно координувати сферу освіти, підготовки кадрів. На індивідуальному рівні складно, а іноді не можливо оцінити майбутні потреба ринку праці, тому рішення щодо навчання приймається виходячи із теперишньої потреби ринку праці. Враховуючи інерційність освітньої системи підготовка фахівців вимагає часу, за який змінюється ситуація на ринку.

Отже, державна політика щодо розвитку людського капіталу та вирішення соціальних проблем, виникнення яких зумовлено Індустрією 4.0, має включати прогноз потреб у фахівцях і вимог до їх навичок; підтримку закладів освіти, які готують відповідних фахівців.

Література:

1. Degris C. Here Are The New Social Risks Of The Fourth Industrial Revolution. – 2016. Режим доступу: https://www.socialeurope.eu/here-are-the-new-social-risks-of

2. Талер Р. Поведінкова економіка. Як емоції впливають на економічні рішення / Пер. з англ. С. Крикуненко. – К.: Наш формат, 2018. 464 с.

Супрун Л. В., Веляник Н. В.

КОМУНІКАЦІЙНІ БАР'ЄРИ МІЖ ЗМІ ТА АУДИТОРІЄЮ В ПРОЦЕСІ РЕАЛІЗАЦІЇ МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ

Журналістика як голос суспільства має чітко реагувати та відображати його запити, настрої, формувати громадську думку й виконувати основну свою роль – інформувати. У процесі становлення відродженої України значна увага приділялася питанням політичного характеру, внаслідок чого сформувалася «пам'ять» до споживання контенту, який стосувався виборів, реформ, народних обранців тощо. Однак у зв'язку із двома революціями, які стали наріжним каменем для української держави, змінилася свідомість людини і її потреби. Тепер особлива увага приділяється проблемам, що визначають умови проживання, рівень безпеки, якість надання послуг, а також життя та здоров'я особи. Однією з центральних тем стало питання охорони здоров'я, а після прийняття медичної реформи це питання набуло пріоритетності для населення, що й зумовило актуальність нашого дослідження. Аналіз комунікаційних бар'єрів між медіа та реципієнтами у процесі висвітлення реалізації медичної реформи становить мету пропонованої розвідки.

Журналістика у сфері громадського здоров'я або медична журналістика – це галузь наукової журналістики, яка займається збором, обробкою та поширенням інформації у сфері охорони здоров'я.

Оскільки теоретико-методологічна база спеціалізації недостатньо розроблена, відсутні систематичні дослідження явища медичної журналістики загалом, то розвиток цієї ланки журналістики ускладнений через неможливість відстеження її тенденцій і витоків. Як галузь вона зароджується у 18 столітті і розвивається шляхом випуску декількох популярних додатків та спеціалізованих видань.

Медична реформа, яка активно впроваджується нині, покликана змінити систему надання медичних послуг, запроваджену ще за радянських часів. Їй притаманні нерозвинена інфраструктура, залежність від бюджетного фінансування, низька оплата праці і плинність кадрів. Нововведення покликані змінити усталені принципи роботи медичних установ та особливості надання лікарських послуг, а ось інформування про те, як ця реформа вплине на пацієнтів, що слід знати, як записатися до лікаря і які зміни чекають, – завдання журналістів, які мають усвідомлювати соціальну значущість текстів і важливість підтримки ланцюжка комунікації, що існує між аудиторією та медіа.

Незважаючи на затребуваність висвітлення журналістами питання громадського здоров'я, медицини як галузі охорони здоров'я відсутні систематичні та практичні напрацювання в цьому напрямку. Це означає, що у системі «журналіст-інформація-аудиторія» виникли певні збої, які призвели до порушення надання інформації медійником реципієнту через певні фактори, котрі називають комунікаційними бар'єрами.

Комунікаційні бар'єри означають відсутність ефективної та успішної передачі інформації між суб'єктами спілкування. Вони зумовлені недостатністю методологічної бази галузі, некомпетентністю самих журналістів як збирачів інформації, відсутністю у них зацікавленості до висвітлення цієї теми попри наявність інформаційного запиту. Самоізоляція журналістів від цієї проблеми не зменшує потребу аудиторії в поширенні цих новин через те, що вони безпосередньо впливають на стан навколишнього середовища, життя та здоров'я людей. Чому запит аудиторії не настільки гучно звучить, щоб це спонукало журналістів до дій? Попри актуальність критичності аудиторії та її фідбеків реципієнти часто отримують відомості самі з різноманітних джерел. Якщо такі інформаційні розпорядники надійні (представники влади, медичних закладів, громадських організацій), це не спричинить викривлення фактів, а якщо це чутки, переказані трьома людьми із різними доповнення та гіперболами, реальний стан реформ може значно відрізнятися від почутого. Дезінформація призводить до хибних висновків, а як результат – до таких же дій.

Очевидно, що якість та обсяг інформування на медичну тему вимірюється масштабом охоплення аудиторії: на національному рівні журналісти краще висвітлюватимуть інформацію, на регіональному ж все зводиться до поодиноких публікацій у приватних ЗМІ.

Для журналістів зараз організовують івенти на тематику медичної журналістики, як от «Школа медичної журналістики», перша сесія якої відбулася у 2013 році. На такому заході журналістів вчать підшуковувати теми публікацій, писати матеріали з медичної тематики, уникати типових помилок під час написання статей. Окрім цього, систематично проводяться Академією української преси (АУП) спільно з Національною спілкою журналістів України тренінги «Як зрозуміло писати про медичну реформу».

У 2011 році під егідою Академії Української Преси вийшов довідник «Як писати про громадське здоров'я. Права пацієнтів», авторами якого стали Д. Полтавець, Л. Солоп та О. Хоменок. Це спеціалізоване видання для журналістів, що висвітлюють проблему медичного здоров'я. У довіднику є вся необхідна інформація про нормативну базу медичної журналістики, а також про напрями у цій сфері, в межах яких працює медійник.

Сімейний лікар, експерт медичної групи коаліції громадських організацій Реанімаційного Пакету Реформ (РПР), член Громадської ради при МОЗ України Євгеній Гончар наголосив: «Підготовка матеріалів на медичну тематику передбачає не тільки роботу зі специфічними джерелами інформації, як, наприклад, первинна медична документація пацієнта – конкретного героя матеріалу, але й необхідність описувати події і явища, або стани, які вимагають чималих спеціальних знань» [1].

Ще одним фактором ризику є некомпетентність власне лікарів, у яких консультується журналіст. Преса може звернутися до лікаря як фахівця, який розповів би, на що варто звернути увагу, як писати зрозуміло і доступно про складне. Але часто медики не знають нововведень у галузі, якщо вони їх не стосуються безпосередньо.

Результати моніторингу Інституту масової інформації (ІМІ) центральних онлайн-видань показали, що запровадження в країні медичної реформи досить широко висвітлюється («Укрінформ», «Ліга.net», 24 канал, «Сегодня»), а медіа активно пояснюють, як підписати декларацію із лікарем. 61% усіх матеріалів, що потрапили в моніторинг ІМІ, давали споживачам корисну й суспільно важливу інформацію [2].

Окрім позитивних результатів щодо висвітлення цієї теми, 22% матеріалів про медреформу і персонально в.о. міністра охорони здоров'я містили негатив, а ще приблизно 8% матеріалів просували фейки чи маніпуляції [2].

Якщо про реформу пишуть, це не виключає поширення неправдивого матеріалу. У статті «Сегодня» від 11.04.2018 «Что будет, если не подписать декларацию с врачом» зауважено, що «в ходе реформы меняются и правила вызова врача на дом. Теперь доктор может и не приехать, если посчитает, что пациент может приехать сам» [2].

Підсумовуючи викладене, зазначимо, що комунікаційні перепони як перешкода на шляху зрозумілого й об'єктивного висвітлення матеріалів про впровадження медичної реформи потребують подолання шляхом напрацювання нових наукових праць у галузі медичної журналістики та громадського здоров'я, навчання молодої генерації журналістів для їх залучення до створення матеріалів на медичну тематику, розвінчання міфів та встановлення контактів з аудиторією.

Література:

1. Як писати про здоров'я [Електронний ресурс]. – 2018. – Режим доступу: http://www.aup.com.ua/yak-pisati-pro-zdorovya/.

2. Чуранова О. Уляна Супрун і медреформа в інтернет-ЗМІ: дослідження ІМІ [Електронний ресурс] / Олена Чуранова. – Режим доступу: https://imi.org.ua/monitorings/ulyanu-suprun-i-medreforma-v-internet-zmi-doslidzhennya-imi/.

Ставицький А. Д., Харламова Г. О.

РЕЙТИНГИ ТА ЦИТУВАННЯ ЯК НОВІ ВИМІРНИКИ СТАНУ ПІДГОТОВКИ ЛЮДСЬКОГО КАПІТАЛУ ЗВО УКРАЇНИ

У 2018 році у світі засновано біля 18400 університетів, причому це число буде надалі збільшуватися через значну зацікавленість у вищій освіті у азійських та африканських країнах, де існує значний потенціал неохоплених студентів. Така величезна кількість потребує, звичайно, певної уніфікації, загальних правил роботи. У більшості країн були запропоновані різноманітні рішення для вирішення цієї проблеми. Зокрема, у європейських країнах було створено спеціальні стандарти, які мають виконуватися у всіх ЗВО, а слідкувати за цим мають створені Агентства з гарантування якості.

В Україні цей процес дещо запізнюється, адже вже 4 роки подібне Агентство не може розпочати роботу. Останні зміни до Закону України «Про вищу освіту» дали можливість університетам більше зосередитися на тактичним питаннях свого розвитку. Наприклад, в Україні основна увага приділяється процесу розподілу державного замовлення. Наразі готується нова формула розподілу коштів, що дозволить суттєво скороти фінансування найменш ефективних ЗВО. В таких умовах виникло бажання врахувати у формулі різноманітні аспекти діяльності ЗВО, зокрема його рейтинг.

В принципі, існує декілька відомих університетських рейтингів, які мають свої переваги та недоліки. Роль наукових досліджень оцінюється у багатьох. Серед найвживаніших рейтингів застосовуються Шанхайський рейтинг (ARWU), рейтинг Times Higher Education (THE) та рейтинг QS. Вони використовують доволі різну методологію збору даних, зокрема, про оцінку якості викладання, але, в цілому, можуть використовуватися для певного порівняння університетів. Всі вони в першу чергу звертають увагу на кількість наукових результатів, отриманих кожним ЗВО. Зокрема, ця складова у рейтингах складає до 70%. Причому слід зазначити, що береться до уваги саме кількість публікацій та їх цитованість. Це означає, що чим більший за розміром університет, тим легше йому зайняти провідне місце у рейтингу. Не слід забувати, що у рейтингу заходиться як правило лише ТОП-500 університетів. Всього ж вони репрезентують лише близько 5% університетів.

Вітчизняні університети включилися у «гонку рейтингів», звертаючи увагу на кількість публікацій співробітників. Оскільки рейтинги базуються лише на публікаціях у наукометричних баз даних, то саме в них і стали вимагати оприлюднення наробок викладачів. Зокрема, Скопус та Веб-оф-сайнс – стали мрією вітчизняних науковців. Проте такі вимоги суттєво змінили роль сучасного викладача, та підхід до оцінки людського капіталу. Якщо раніше основна задача полягали у навчанні студентів, то на сьогодні навчальний процес відійшов на другий, а іноді і на третій план. Звичайно, в деяких ЗВО є опитування студентів, однак університету наразі стало набагато вигідніше тримати науковців, ніж гарних викладачів. Через значний фокус на наукових дослідженнях, бажанні підвищите своє місце в рейтингах з'являється розрив між реальними цінностями та заявленою місією університетів. Очевидно, що ця дилема потребує розв'язання.

Дискурс навколо об'єктивності та репрезентативності наукометричних характеристик, як мірила ефективності ЗВО по створенню елітного людського капіталу залишається відкритим. Якщо поглянути на сучасну ситуацію в науці вищої освіти України ми побачимо наступні симптоматичні болі:

– практично повна відсутність із ознайомленням сучасними наробками своїх колег;
– низьке цитування лідируючих світових досліджень;
– високий рівень самоцитування;
– високий процент само плагіату.

Число публікацій оцінює продуктивність вченого, а число цитувань – результативність наукового наробку вченого. Однак, така позиція повністю відходить від місії ЗВО щодо створення та формування людського капіталу нації, викривляє його ключові характеристики та вимірники.

Чала Н. Д., Антонюк Л. Л., Гуменна О. В., Харламова Г. О., Осінчук Т. М.

ПРЕЗЕНТАЦІЯ СОЦІАЛЬНОГО ПРОЕКТУ ЛІКУВАННЯ ОРФАННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ONLINECONCILIUM

Наскільки безпечне наше життя? За даними Британських досліджень кожен 12-й серед нас ризикує стикнутися з рідкісними хворобами. Рідкісні захворювання, або орфанні, зустрічаються з частотою 1 на 10 000.Половина усіх хворих – діти. 30% з них не доживають до свого 5 дня народження. В Україні чимало пацієнтів страждають рідкісними захворюваннями. Не отримуючи належного лікування, хворі часто змушені. звертатися до закордонних клінік. Так існує ризик потрапити в пастку посередників: витратити зайві кошти на їх послуги, і навіть не отримати необхідного лікування. Ще одним ризиком можуть стати експериментальні препарати.

Кого ви бачите на екрані?Звичайну маленьку дівчинку, котра грається та радіє життю?

Насправді, ця 6 річна дитина – сирота, при живих батьках, пережила 74 операції, розмовляє пошепки крізь нестримний біль; а через численні хірургічні втручання у дитини розвинулися проблеми з серцем. Валя страждає від рідкісної форми папіломатозу гортані.

Безрезультатне лікування в Україні та Південній Кореї,витрачено більше 15 тисяч євро, проведено Більше половини життя в лікарні. Усе це наслідки недоступності висококваліфікованої консультативної медичної допомоги і це стало для нас викликом!

Ми почали із найнеобхіднішого – збору грошей на лікування для Німеччини, та ліків для стаціонарного лікування в Україні. Залучивши наших партнерів, усі разом ми змогли назбирати 25 000 євро. Цього вистачило на лікування в Німеччині. Але на жаль по приїзду, німецька клініка відмовила у лікуванні. Інша лікарня, в Франкфурті на майні, пропонувала сумнівні препарати, а операція в третій клініці, на жаль, нічим не відрізнялась від 73 інших, зроблених в Україні. Через те, що до Німеччини Валя потрапила через медичних посередників, поїздка виявилася марною!

Ми шукали вирішення цієї проблеми.

Цього року у Всесвітній день серця команда Енактус КНЕУ долучилася до Всеукраїнської акції "Poweryourlife" і провела масштабний захід "День серця"

Тоді ми познайомитися із вченими, дізнатись про інноваційні розробки у сфері медицини, а також налагодили контакти із медичними установами та компаніями. Ми дізналися про певні недоліки в медичному туризмі, долі інших дітей, хворих на рідкісні хвороби, дослідили ризики та технологічні можливості, які існують на сьогодні в сфері медицини. Так наша команда створила модель та розробила проект, який допоможе не тільки нашій Валі, а й тисячами хворим.

OnlineConcilium – це міжнародний проект який, шляхом використання сучасних інформаційних та телекомунікаційних технологій, об'єднує медичних спеціалістів зі всього світу для консультацій та діагностики рідкісних захворювань. Інструмент реалізації проекту – веб-платформа, яка передбачає проведення онлайн консиліумів за участі лікарів зі всього світу.

Крім того, проект надає студентам медичних університетів унікальну можливість спостерігати (навчатись) за процесом діагностики та надає доступ до унікальних практичних матеріалів діагностованих випадків. Так само, архівом можуть користуватися і лікарі для розширення досвіду та отримання практичних компетенцій. Важливим є і те, що платформа буде постійною мережею для лікарів, де вони у онлайн режимі зможуть спілкуватися, вирішуючи професійні питання.

Перевагами проекту для лікарів та студентів медиків є:

• Запровадження ефективної форми навчання на основі використання сучасних інформаційних технологій

• Підвищення ефективності діагностики рідкисних захворювань

Для пацієнта:

• Зв'язок хворого безпосередньо з кваліфікованими лікарями

• Вчасна Діагностика та вчасне лікування згідно зі стандартами світових клінік

На розробку платформи ми залучили інвестиції загальною сумою у 1 500 000 грн., які повністю покривають затрати на технічну розробку платформи та побічні витрати, пов'язани з функціонуванням платформи. На даному етапі, за підтримки компанії МедСтарСолюшнс, відбувається створення платформи та вбудування в її функціонал зручного механізму зв'язку між клініками.

На завершення розробки платформи потрібен ще місяць.Першою пацієнткою буде Валя. наразі ведеться підготовка та переклад документи згідно з міжнародними стандартами. в клінікі Туреччини, ОАЄ та США. Стійкість нашого проекту забезпечена Державним центром телемедицини, який відповідатиме за проведення онлайн консиліум, а Громадська спілка "Орфанні захворювання в Україні" рекомендуватиме пацієнтів, які потребують термінової допомоги платформи.

Чала Н. Д., Гуменна О. В., Харламова Г. О., Осінчук Т. М.

НЕРІВНІСТЬ ДОХОДІВ, БІДНІСТЬ ТА СУСПІЛЬНИЙ ДОБРОБУТ УКРАЇНИ

На сьогоднішній день бідність у поєднанні з нерівністю доходів у світовій економіці є однією із найбільш актуальних економічних проблем сучасності. Актуальність даної теми полягає в тому, що принципи розподілу та перерозподілу доходів передбачають механізм вирішення низки економічних та соціальних проблем, безпосередньо впливають на рівень бідності та суспільного добробуту населення. Система розподілу визначає можливості отримання доходу від володіння певними ресурсами, систему стимулів до праці, поділ людей на класи і соціальні групи, вирішення проблеми бідності та інше. У плановій економіці існували зрівняльний розподіл прибутків і доходів та система перерозподілу соціальних благ через суспільні фонди споживання. Така система розподільних відносин дозволяла створити для більшості членів суспільства однакові умови матеріального добробуту, але не створювала стимулів до зростання виробництва, оскільки не передбачала достатньої диференціації і доходів, і суспільства. Сьогодні ринкова економіка диктує нові правила, а з ними і нові результати, які не завжди є позитивними. Одним із негативних наслідків сучасної економічної системи є високий рівень диференціації доходів у більшості країн світу.

Проблема злиденності для сучасної України не є загрозливою, на відміну від питання нужденності та незабезпеченості, які є вкрай болючими. За об'єктивними оцінками до середнього класу (за стандартами розвинених країн) в Україні можна віднести 10-12 % населення, ще 1-2 % є багатими та надбагатими. Всіх інших, а це понад 85 %, можна вважати тією чи іншою мірою бідними. В розвинених країнах структура суспільства зовсім інша: близько 5 % населення є багатими, 80 % – середній клас, 15 % – відносяться до категорії бідних.

Бідність населення має значні негативні наслідки, серед яких одним із головних є втрата людського потенціалу країни, особливо в сфері освіти та охорони здоров'я. Така ситуація не лише негативно позначається на поточній соціально-економічній ситуації, а є перешкодою для подальшого національного розвитку. Особливої гостроти ця проблема набуває, якщо зважати на сучасні процеси формування постіндустріального суспільства. Так, за висновками фахівців ООН, якщо кілька десятиліть тому конкурентні переваги були у країн з багатими природними ресурсами, капіталами, то сьогодні економічне зростання на 64 % залежить від людського й соціального потенціалу, від природних ресурсів на – 20 %, від капіталу – на 16 %. Тому, проблема подолання бідності і сприяння розвитку людського потенціалу є однією з найголовніших для сучасної України, від вирішення якої значною мірою залежить успішність її подальшого соціально-економічного розвитку. Тому з нашої точки зору найбільша частка доходів, які не враховуються офіційною статистикою, припадає на 2 останні та найбільш заможні групи населення за рівнем доходів. Це також можна пояснити тим, що саме високодохідні групи населення найбільше скористалися вигодами економічного підйому 2000-2008 років.

Нами було проаналізовано криву розподілу доходів для різних груп населення з 2002 по 2008 роки. В результаті було з'ясовано, що основними верствами населення, які отримали від цього вигоду були найбільш багаті прошарки суспільства, які і до цього отримували високий рівень доходів. Для найбільш заможних 20% населення України темпи приросту доходів протягом періоду економічного підйому були значно вищими, ніж для середньостатистичного громадянина. Крім того нами було з'ясовано, що доходи 10% найменш заможної частини населення також продемонстрували приріст вище середнього по виборці, але з нашої точки зору це відбувалося у результаті вторинного перерозподілу доходів через систему соціальних трансфертів у той час як приріст доходів вище середнього у найбільш заможної частини населення відбувався за рахунок їх первинного розподілу.

Таким чином, з метою оцінювання реальної ситуації щодо майнового розшарування населення України за рівнем доходів та врахування рівня тінізації української на рівні 40% від ВВП необхідно здійснити наступні коригування: збільшити пропорційно до оціненого рівня тіньової економіки

України отримувані доходи 2 останніх за рівнем доходів верств населення України. У результаті проведеного аналізу можна зробити висновок, що за нашими підрахунками квантильний коефіцієнт диференціації загальних доходів населення є в середньому в 1,5 рази вищим від показника, що надається офіційними джерелами, якщо врахувати тіньовий сектор економіки держави. Аналогічним чином було отримано скоригований показник індексу Джині для України та проаналізованого його динаміку протягом 1980-2017 років.

Як бачимо, з врахуванням тіньового сектору економіки в Україні основні показники рівня нерівності доходів в державі суттєво відрізняються від тих, що надаються офіційними джерелами. Квантильний коефіцієнт диференціації доходів, що коливається в межах 2,9-3,4 та Індекс Джині з середнім значенням близьким до 0,41 більшою мірою відповідають рівню соціальної напруги та занепокоєння населення значним майновим розшарування в державі.

Поряд із високим рівнем бідності в Україні спостерігається посилення поляризації доходів як між соціальними групами населення, так і в розрізі територій, що стимулює збільшення масштабів бідності та знедоленості.

Протягом останніх років має місце інтенсивний процес перерозподілу загального обсягу грошових доходів в Україні на користь заможних груп на тлі скорочення частки доходів найбідніших верств населення. Проблема бідності в національних масштабах набула крайніх форм за багатьма показниками сучасний соціально-економічний розвиток України не відповідає навіть концепції базових потреб з метою задоволення населення мінімальними блага ми на основі суспільних запитів.

В цьому контексті, найбільш вагомі пропозиції щодо подолання нерівності доходів населення можливо сформулювати в напрямі здійснення таких суспільно необхідних заходів, як: визначення реального розміру прожиткового мінімуму; встановлення мінімальної заробітної плати на рівні, не нижчому за реальний прожитковий мінімум; детінізація фінансових потоків та легалізація ринку праці; зменшення надмірної міжгалузевої та поселенської диференціації заробітної плати шляхом удосконалення тарифної системи та запровадження галузевих стандартів оплати праці; перегляд системи соціальних виплат і пільг; зниження податкового навантаження на доходи бідного населення шляхом використання прогресивної шкали оподаткування доходів фізичних осіб.

З метою підвищення суспільного добробуту населення окремих країн одним із основних завдань кожної держави повинно бути забезпечення належного рівня життя усіх верств населення, а також стримування надмірної диференціації населення за розміром отримуваного доходу. З нашої точки зору для цього є необхідним:

- Оптимізація системи перерозподілу в державі на прикладі країн Скандинавії;
- Зростання рівня та ефективності державної соціальної підтримки в країні;
- Підвищення податкового навантаження для великого бізнесу та найбільш заможних верств населення;
- Підвищення рівня оплати праці;
- Зменшення рівня безробіття;
- Зменшення рівня корупції,
- Створення рівних можливостей для всіх верств населення у сфері освіти та охорони здоров'я.

Delong M., Wiater M.

PROBLEM LUSTRACJI DUCHOWIEŃSTWA W ŚWIETLE ENUNCJACJI KONFERENCJI EPISKOPATU POLSKI W LATACH 1992-2007 [The problem of lustration of the clergy in the light of the enunciation of the Conference of the Polish Episcopate in 1992-2007]

Jedną z pierwszych wypowiedzi Konferencji Episkopatu Polski na temat lustracji było stanowisko wyrażone w komunikacie z 256. Konferencji Plenarnej, która obradowała w Przemyślu w dniach 18-20 czerwca 1992 roku. O potrzebie narodowej refleksji nad bolesną lekcją prawdy „przekazywanej przez historię" biskupi pisali także w „Orędziu biskupów polskich o potrzebie dialogu i tolerancji w warunkach budowy demokracji" z września 1995 roku. Należy jednak stwierdzić, że z początkowych wypowiedzi Konferencji Episkopatu Polski dotyczących rozliczenia się z przeszłością nic nie wynikało. Jednak już wtedy można było przypuszczać, że problem tzw. lustracji duchowieństwa prędzej czy później stanie się problemem publicznym, a unikanie jego podejmowania przez Kościół może stać się dla niego szkodliwe.

Przedstawiciele Kościoła hierarchicznego odnieśli się po raz kolejny do problemu dopiero na 335. Zebraniu Plenarnym, które odbyło się 9 marca 2006 roku w Warszawie. Wydali wówczas oświadczenie w związku z ujawnieniem materiałów zgromadzonych przez Służbę Bezpieczeństwa Polski Ludowej. Podczas spotkania z dziennikarzami arcybiskup Stanisław Dziwisz zapewnił, że Kościół traktuje sprawę niezwykle poważnie i z wielką odpowiedzialnością.

Problem lustracji został postawiony w zupełnie nowym świetle w związku ze sprawą arcybiskupa Stanisława Wielgusa, która miała swój początek w listopadzie 2006 roku.

W połowie listopada w mediach zaczęły pojawiać się spekulacje na temat nominacji hierarchy na urząd metropolity warszawskiego. Tygodnik „Przekrój" opublikował wówczas informację, z której wynikało, że ordynariusz płocki zastanawiał się nad przyjęciem nominacji z obawy o kompromitację moralną, gdyż w archiwach Instytutu Pamięci Narodowej może znajdować się teczka dokumentująca jego kontakty z funkcjonariuszami Służb Bezpieczeństwa PRL.

Słowa Kluczowe: Dialog, tolerancja, lustracja, enuncjacja, moralność

Olak A., Kosoń J.

MOTYWACYJNA- ROLA SYSTEMÓW WYNAGRODZEŃ PRACOWNICZYCH A DOBRO PRZEDSIĘBIORSTWA [Motivational – the role of employee compensation systems and the good of the enterprises]

Zachowaniem się ludzi i ich włączaniu się w podejmowanie określonych działań związanych z realizacją pracy kieruje motywacja, pojmowana jako zespół zjawisk kierujących wyborami ludzi, podejmowanych w trakcie realizacji zamierzonych planów, wynikających z nadawania znaczenia pewnym elementom i cechom. Motywacja jest stanem pozwalającym na skuteczną realizację planów, stanowiącym podstawę efektywnej kooperacji grupy i dającą nadzieje na wykonanie najśmielszych planów. Członek organizacji pragnąc osiągnąć zysk zawsze musi jej zaofiarować coś w zamian. Nowoczesne organizacje pragną zdobyć, a następnie zachować u siebie najlepszych pod danym względem członków, którzy są w sta-nie wnieść do organizacji możliwie jak najwięcej.

Tym co może stanowić decydujący czynnik w procesie wyboru jednej organizacji spośród wielu są właśnie stosowane przez nią narzędzia motywacji. Stopień włączenia się członka organizacji w jej życie zależy w dużej mierze od skutecznego pobudzenia i utrwa-lenia jego motywacji. Dobrze dobrane narzędzia motywacji pozwolą na zrozumienie przez członka organizacji jej misji i celów do jakich dąży. Tu ważne jest, by pokazać jaką rolę w tych założeniach ma pełnić dana osoba. Tworząc psychologiczną więź pozwalającą pracownikowi na identyfikację się z firmą, dajemy zachętę i podłoże jego rozwoju, a co za tym idzie – efekty na wielu płaszczyznach dla firmy. Członek organizacji posiadający szeroką wiedzę o jej działaniu, celach i planach polepszy jej sytuację w porównaniu do innych organizacji.

Bardzo ważne są z uwagi i rady dotyczące zwiększenia skuteczności działań członka organizacji w sytuacji wykazania się posiadaną wiedzą i kompetencjami, pozwalającymi mu na osiągnięcie zadowalającej pozycji w hierarchii i akceptację ze strony przełożonego. Pamiętając o różnicach mogących dotyczyć celów, sposobu rekrutacji, wyboru władz, zakresu działania, władzy itp. aspektów w pracy w sposób zamienny używane są terminy *przedsiębiorstwo, firma, organizacja*, a także *kierownictwo, menadżerowie, przełożeni* oraz *członkowie, pracownicy, pracobiorcy, podwładni*. Pomimo, że czasami pomiędzy tymi pojęciami są istotne różnice znaczeniowe, to na potrzeby niniejszego wystąpienia trzeba uznać, że główny trzon ich znaczenia jest ze sobą tożsamy i to co tyczy się motywowania członków organizacji może zostać śmiało zastosowane do pobudzania motywacji u pracow-nika dużej firmy.

Słowa kluczowe: motywacja, kooperacja, menedżer, organizacja, podwładny.

НАШІ АВТОРИ

Авраменко Л. М., кандидат медичних наук, доцент, доцент кафедри громадського здоров'я, Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика *(м. Київ)*

Андрусишина І. М., кандидат біологічних наук, старший науковий співробітник, Державна установа «Інститут медицини праці ім. Ю. І. Кундієва НАМН України» *(м. Київ)*

Антонюк Л. Л., доктор економічних наук, професор, проректор з наукової роботи, Національний економічний університет ім. В. Гетьмана *(м. Київ)*

Аржаткіна В. І., магістр спеціальності «Психологія», Одеський національний університет імені І. І. Мечникова *(м. Одеса)*

Аронова Д. О., лікар-рентгенолог, Державна установа «Інститут ядерної медицини та променевої діагностики НАМН України» *(м. Київ)*

Бабенко Т. Ф., кандидат медичних наук, учений секретар Інституту радіаційної гігієни і епідеміології, Державна установа «Національний науковий центр радіаційної медицини НАМН України» *(м. Київ)*

Бабяк М. В., ДП «Науковий центр превентивної токсикології, харчової та хімічної безпеки імені академіка Л. І. Медведя» МОЗ України *(м. Острог)*

Базика Є. Л., кандидат психологічних наук, доцент, завідувач кафедри психології, Приватний вищий навчальний заклад «Медико-природничий Університет» *(м. Миколаїв)*

Барна О. М., доктор медичних наук, професор, Національний медичний університет імені О. О. Богомольця *(м. Київ)*

Батюх О., магістр медсестринства, завідувач медсестринсько-акушерського відділення, Кременецьке медичне училище імені Арсена Річинського *(м. Кременець)*

Бевз Т. І., лікар-інфекціоніст, кафедра інфекційних хвороб Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова *(м. Вінниця)*

Березюк В. В., магістр кафедри здоров'я людини і фізичної реабілітації, Національний університет водного господарства та природокористування *(м. Рівне)*

Бєльська Т. М., Державна установа «Дніпропетровський обласний лабораторний центр Міністерства охорони здоров'я України» *(м. Дніпропетровськ)*

Білюк С. П., викладач кафедри фізичного виховання, Національний університет «Острозька академія» *(м. Острог)*

Блащук Т. В., кандидат юридичних наук доцент кафедри цивільно-правових дисциплін Інституту права ім. І. Малиновського, Національний університет «Острозька академія» *(м. Острог)*

Богомазова І. О., кандидат юридичних наук, старший викладач кафедри медичного права факультету післядипломної освіти, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького *(м.Львів)*

Болюк Ю. В., аспірант кафедри фізіології з основами біоетики та біобезпеки, ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського» *(м. Тернопіль)*

Бондаренко Д. А., заступник директора, Державна установа «Одеський обласний лабораторний центр МОЗ України» *(м. Одеса)*

Булгаков О. І., кандидат наук з фізичного виховання та спорту, завідувач кафедри фізичного виховання та спортивного вдосконалення, Житомирський державний університет ім. Івана Франка *(м. Житомир)*

Бялковський О. В., заступник директора, Державна установа «Рівненський обласний лабораторний центр МОЗ України» *(м. Рівне)*

Вадзюк С. Н., доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри фізіології з основами біоетики та біобезпеки, ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського» *(м.Тернопіль)*

Вакуліч О. М., біолог, Державна установа «Рівненський обласний лабораторний центр МОЗ України» *(м. Рівне)*

Величко М. В., кандидат біологічних наук, старший науковий співробітник, Національна академія Служби безпеки України *(м. Острог)*

Веляник Н. В., магістрантка спеціальності «Журналістика» гуманітарного факультету, Національний університет «Острозька академія» *(м. Острог)*

Венгрин Н. О., кандидат медичних наук, директор, ВКНЗ «Дубенський медичний коледж» *(м. Дубно)*

Воробей О. В., лікар-епідеміолог, Державна установа «Рівненський обласний лабораторний центр МОЗ України» *(м. Рівне)*

Галієнко Л. І., доктор медичних наук, доцент, професор кафедри соціальної медицини та громадського здоров'я, Національний медичний університет імені О. О. Богомольця *(м. Київ)*

Гандзілевська Г. Б., кандидат психологічних наук, доцент кафедри психології та педагогіки, Національний університет «Острозька академія» *(м. Острог)*

Гандзюк О. В., головний лікар, Комунальний заклад «Обласний центр громадського здоров'я» Рівненської обласної ради *(м. Рівне)*

Гарасимів О. Ю., асистент кафедри медичного права факультету післядипломної освіти, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького *(м. Львів)*

Гаркавий С. І., доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри гігієни № 3, Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця *(м. Київ)*

Гільман А. Ю., кандидат психологічних наук, старший викладач кафедри громадського здоров'я, Національний університет «Острозька академія» *(м. Острог)*

Головчак Я. В., аспірант кафедри теорії та філософії права ЛНУ ім. І. Франка, асистент кафедри медичного права факультету післядипломної освіти, Львівський національний медичний університет ім. Д. Галицького *(м. Львів)*

Гончар М. А., доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри педіатрії № 1 та неонатології, Харківський національний медичний університет *(м. Харків)*

Гончаров В. О., в. о. директора, Державна установа «Одеський обласний лабораторний центр МОЗ України» *(м. Одеса)*

Горбань Л. І., аспірант кафедри фізіології з основами біоетики та біобезпеки, ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського» *(м. Тернопіль)*

Горошко Є., завідувач відділення підвищення кваліфікації, Кременецьке медичне училище імені Арсена Річинського *(м. Кременець)*

Гречишкіна Н. В., кандидат медичних наук, доцент, доцент кафедри соціальної медицини та громадського здоров'я, Національний медичний університет імені О. О. Богомольця *(м. Київ)*

Гречух Л. С., асистент кафедри гігієни та екології, Івано-Франківський національний медичний університет *(м. Івано-Франківськ)*

Грибан Г. П., доктор педагогічних наук, професор, професор кафедри фізичного виховання та спортивного вдосконалення, Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця *(м. Київ)*

Григус І. М., доктор медичних наук, професор, директор Навчально-наукового інституту охорони здоров'я, Національний університет водного господарства та природокористування *(м. Рівне)*

Грузєва Т. С., доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри соціальної медицини та громадського здоров'я, Національний медичний університет імені О. О. Богомольця *(м. Київ)*

Гуменна О. В., кандидат економічних наук, доцент, Національний університет «Києво-Могилянська академія» *(м. Київ)*

Гунько Н. В., кандидат географічних наук, старший науковий співробітник, завідувач лабораторії медичної демографії, Державна установа «Національний науковий центр радіаційної медицини НАМН України» *(м. Київ)*

Гущук І. В., кандидат медичних наук, доцент, завідувач кафедри громадського здоров'я, Національний університет «Острозька академія» *(м. Острог)*

Дацко М. І., студентка 4 курсу спеціальності «Психологія», Національний університет «Острозька академія» *(м. Острог)*

Дмитроца О. Р., кандидат біологічних наук, доцент кафедри фізіології людини і тварин, Східноєвропейський національний університет імені Лесі Українки *(м. Луцьк)*

Дмитруха Н. М., доктор біологічних наук, старший науковий співробітник, Державна установа «Інститут медицини праці ім. Ю. І. Кундієва НАМН України» *(м. Київ)*

Дорічевська Р. Ю., молодший науковий співробітник лабораторії медико-інформаційних технологій Інституту радіаційної гігієни і епідеміології, Державна установа «Національний науковий центр радіаційної медицини НАМН України» *(м. Київ)*

Думанський В. Ю., доктор медичних наук, Державна установа «Інститут громадського здоров'я ім. О. М. Марзєєва НАМН України» *(м. Київ)*

Євсєєв С. І., Державна установа «Дніпропетровський обласний лабораторний центр Міністерства охорони здоров'я України»*(м. Дніпропетровськ)*

Євтух М. І., кандидат наук з фізичного виховання і спорту, завідувач кафедри теорії та методики фізичного виховання, Національний університет водного господарства та природокористування *(м. Рівне)*

Загородній С. М., кандидат медичних наук, викладач кафедри громадського здоров'я, Національний університет «Острозька академія», завідувач відділенням № 9 КЗ Рівненької обласної ради Острозька обласна психіатрична лікарня *(м. Острог)*

Заікіна Г. Л., кандидат психологічних наук, доцент кафедри медико-біологічних основ фізичної культури, Навчально-науковий інститут фізичної культури Сумського державного педагогічного університету імені А. С. Макаренка *(м. Суми)*

Защик Н. С., завідувач відділенням № 4 КЗ Рівненької обласної ради, Острозька обласна психіатрична лікарня *(м. Острог)*

Зубовський Д. С., науковий кореспондент лабораторії вікової психофізіології, Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України *(м. Київ)*

Іванів О. І., старший викладач кафедри фізичного виховання, Національний університет «Острозька академія» *(м. Острог)*

Іванків З. Я., санітарний лікар, голова комісії охорони здоров'я Громадської ради при Львівській обласній державній адміністрації, ГО «Магдебурзьке право» *(м. Львів)*

Калиниченко І. О., доктор медичних наук, професор кафедри медико-біологічних основ фізичної культури, Навчально-науковий інститут фізичної культури Сумського державного педагогічного університету імені А. С. Макаренка *(м. Суми)*

Канєва Т. В., кандидат економічних наук, доцент, декан, Київський національний торговельно-економічний університет *(м. Київ)*

Карташова С. С., доктор біологічних наук, кандидат фізико-математичних наук, старший науковий співробітник, професор, Київський національний торговельно-економічний університет *(м. Київ)*

Клименко В. А., доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри пропедевтики педіатрії № 2, Харківський національний медичний університет *(м. Харків)*

Ковалець М. С., магістрант, Національний університет водного господарства та природокористування *(м. Київ)*

Козяр М. В., практичний психолог, ВКНЗ «Дубенський медичний коледж» РОР *(м. Дубно)*

Комов О. Д., завідувач санітарно-карантинним відділом, Державна установа «Рівненський обласний лабораторний Центр МОЗ України» *(м. Рівне)*

Короленко Т. К., кандидат медичних наук, старший науковий співробітник, Державна установа «Інститут медицини праці ім. Ю. І. Кундієва НАМН України» *(м. Київ)*

Корост Я. В., кандидат медичних наук, Національний медичний університет імені О. О. Богомольця *(м. Київ)*

Кощановський А. Ю., лікар УЗД, ПП «Клініка доктора Цюха» *(м. Луцьк)*

Кузнєцова А. С., керівник проектів, ВГО «Асоціація превентивної та антиейджинг медицини» *(м. Київ)*

Кузнєцова О. Т., кандидат наук з фізичного виховання та спорту, доцент, доцент кафедри фізичного виховання, Національний університет водного господарства та природокористування *(м. Рівне)*

Кулеша Н. П., викладач кафедри громадського здоров'я, Національний університет «Острозька академія» *(м. Острог)*

Кунинець О. Ю., завідувач відділення організації санітарно-гігієнічних досліджень Львівського відокремленого підрозділу, Державна установа «ЛЦ на залізничному транспорті МОЗУ» *(м. Львів)*

Курилло Т. В., старший викладач кафедри фізичного виховання, Житомирський національний агроекологічний університет *(м. Житомир)*

Лагутіна О. С., молодший науковий співробітник, Державна установа «Інститут медицини праці ім. Ю. І. Кундієва НАМН України» *(м. Київ)*

Латіна Г. О., кандидат білогічних наук, доцент кафедри медико-біологічних основ фізичної культури, Навчально-науковий інститут фізичної культури Сумського державного педагогічного університету імені А. С. Макаренка *(м. Суми)*

Лебедь О. О., старший викладач кафедри хімії та фізики, Національний університет водного господарства та природокористування *(м. Рівне)*

Легкоступ Л. А., молодший науковий співробітник, Державна установа «Інститут медицини праці ім. Ю. І. Кундієва НАМН України»

Лемеха Р. І., кандидат юридичних наук, старший викладач кафедри медичного права факультету післядипломної освіти, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького *(м. Львів)*

Лисиця А. В., доктор біологічних наук, професор кафедри екології, географії та туризму, Рівненський державний гуманітарний університет *(м. Рівне)*

Литвинова Л. О., кандидат медичних наук, доцент, доцент кафедри соціальної медицини та громадського здоров'я, Національний медичний університет імені О. О. Богомольця *(м. Київ)*

Мазур П. Є., кандидат медичних наук, директор, Кременецьке медичне училище імені Арсена Річинського *(м. Кременець)*

Максименко Ю. А., лікар-епідеміолог, Державна установа «Одеський обласний лабораторний центр МОЗ України» *(м. Одеса)*

Малишевська О. С., кандидат технічних наук, доцент кафедри гігієни та екології, Івано-Франківський національний медичний університет *(м. Івано-Франківськ)*

Мартинюк Г. А., кандидат медичних наук, Державна установа «Рівненський обласний лабораторний центр МОЗ України», Рівненська центральна міська лікарня *(м. Рівне)*

Мартинюк Г. А., кандидат медичних наук, Рівненська центральна міська лікарня *(м. Рівне)*

Марченко О. С., викладач кафедри фізичного виховання, Національний університет «Острозька академія» *(м. Острог)*

Махота Л. С., Державна установа «Харківський обласний лабораторний центр МОЗ України» *(м. Харків)*

Машук В. В., студентка магістратури, Навчально-науковий інститут права ім. І. Малиновського Національного університету «Острозька академія» *(м. Острог)*

Мелешко І. Р., асистент кафедри медичного права факультету післядипломної освіти, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького *(м. Львів)*

Мислінчук В. О., кандидат фізико-математичних наук, доцент кафедри методики викладання фізики, Рівненський державний гуманітарний університет *(м. Рівне)*

Михайловська О. В., студентка магістратури, Навчально-науковий інститут права ім. І. Малиновського Національного університету «Острозька академія» *(м. Острог)*

Мичка І. В., викладач кафедри фізичного виховання та спортивного вдосконалення, Житомирський державний університет ім. І. Франка *(м. Острог)*

Мокієнко А. В., доктор медичних наук, старший науковий співробітник, провідний науковий співробітник лабораторії гігієни та екології води, Державне підприємство «Український НДІ медицини транспорту МОЗ України» *(м. Одеса)*

Мороз В. О., лікар-епідеміолог, Державна установа «Рівненський обласний лабораторний центр МОЗ України» *(м. Рівне)*

Ободзінська О. В., старший викладач кафедри фізичного виховання, Житомирський національний агроекологічний університет *(м. Острог)*

Опанасюк Ф. Г., доцент, завідувач кафедри фізичного виховання, Житомирський національний агроекологічний університет *(м. Житомир)*

Осінчук Т. М., магістр з державного управління, виконавчий директор проекту «Доктрина збалансованого розвитку» Україна 2030» *(м. Київ)*

Осьодло В. І., доктор психологічних наук, професор, начальник гуманітарного інституту НУОУ імені Івана Черняховського *(м. Київ)*

Пантус О. О., старший викладач кафедри фізичного виховання, Житомирський національний агроекологічний університет *(м. Житомир)*

Папінко І. Я., доцент кафедри фізіології з основами біоетики та біобезпеки, ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського» *(м. Тернопіль)*

Пельо І. М., доктор медичних наук, професор, декан медичного факультету № 4, Національний медичний університет імені О. О. Богомольця *(м. Київ)*

Першегуба Я. В., кандидат медичних наук, старший викладач кафедри громадського здоров'я Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика *(м. Київ)*

Петренко Н. Ф., доктор медичних наук, старший науковий співробітник, завідувач лабораторії гігієни та екології води, Державне підприємство «Український НДІ медицини транспорту МОЗ України» *(м. Одеса)*

Пилипчук П. Б., старший викладач кафедри фізичного виховання, Житомирський національний агроекологічний університет *(м. Житомир)*

Півень Н. В., асистент кафедри громадського здоров'я, Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика *(м. Київ)*

Плотіцин К. В., старший викладач кафедри фізичного виховання, Житомирський національний агроекологічний університет *(м. Житомир)*

Поливянна Ю. І., асистент кафедри епідеміології, Харківський національний медичний університет *(м. Харків)*

Поплавська О. М., кандидат економічних наук, доцент, доцент кафедри управління персоналом та економіки праці, Київський національний економічний університет імені Вадима Гетьмана *(м. Київ)*

Поручинський А. І., кандидат біологічних наук, доцент кафедри фізіології людини і тварин, Східноєвропейський національний університет імені Лесі Українки *(м. Луцьк)*

Похмурко І. В., заступник директора, Державна установа «Дніпропетровський обласний лабораторний центр Міністерства охорони здоров'я України»*(м. Дніпропетровськ)*

Пустовойт М. В., аспірант кафедри загальної та соціальної психології, Східноєвропейський національний університет імені Лесі Українки *(м. Луцьк)*

Райлян М. В., асистент кафедри епідеміології, Харківський національний медичний університет *(м. Харків)*

Рєзніков А. П., кандидат медичних наук, викладач, КЗ «Рівненська медична академія» *(м. Рівне)*

Розмазнін О. П., кандидат психологічних наук, старший викладач кафедри гуманітарних та соціально-економічних дисциплін, Військова академія *(м. Одеса)*

Романов М. С., доктор юридичних наук, старший науковий співробітник, доцент, Національний університет «Острозька академія» *(м. Острог)*

Романюк В. Л., кандидат біологічних наук, доцент кафедри загальної психології та психодіагностики, Рівненський державний гуманітарний університет *(м. Рівне)*

Рублевська Н. І., Державний заклад «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України» *(м. Дніпропетровськ)*

Рутар С. М., кандидат філософських наук, доцент, завідувач кафедри ВНКЗ Львівської обласної ради, «Львівський інститут медсестринства та лабораторної медицини ім. Андрея Крупинського» *(м. Львів)*

Саксонов С. Г., асистент кафедри офтальмології, Національний медичний університет імені О. О. Богомольця *(м. Київ)*

Сафонов Р. В., в.о. директора, Державна установа «Рівненський обласний лабораторний центр МОЗ України» *(м. Рівне)*

Свиридов В. І., Державна установа «Дніпропетровський обласний лабораторний центр Міністерства охорони здоров'я України» *(м. Дніпропетровськ)*

Семашко П. В., доктор медичних наук, Державна установа «Інститут громадського здоров'я ім. О. М. Марзєєва НАМН України *(м. Київ)*

Семішев В. І., кандидат медичних наук, доцент, доцент кафедри епідеміології, Харківський національний медичний університет *(м. Харків)*

Сенюта І. Я., доктор юридичних наук, доцент, завідувач кафедри медичного права факультету післядипломної освіти, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького *(м. Львів)*

Сергеєва Т. А., доктор медичних наук, Державна установа «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л. В. Громашевського» НАМН України *(м. Рівне)*

Скалецький Ю. М., доктор медичних наук, професор, завідувач лабораторії безпекових стратегій в охороні здоров'я, Державна установа «Інститут громадського здоров'я ім. О. М. Марзєєва НАМН України» *(м. Київ)*

Скорий О. С., старший викладач кафедри фізичного виховання, Житомирський національний агроекологічний університет *(м. Житомир)*

Снігур Л. А., доктор психологічних наук, професор, професор кафедри гуманітарних та соціально-економічних дисциплін, Військова академія *(м. Одеса)*

Ставицький А. Д., кандидат економічних наук, доцент, доцент кафедри економічної кібернетики, Київський національний університет імені Тараса Шевченка, голова команди Національних експертів з реформування вищої освіти в рамках Болонського процесу *(м. Київ)*

Стадніков Г. В., завідувач кафедри фізичного виховання, Національний університет «Острозька академія» *(м. Острог)*

Стеблій Н. М., кандидат біологічних наук, Держдавна установа «Інститут громадського здоров'я і м. О. М. Марзєєва НАМН України *(м. Київ)*

Стретович Д. А., студент 3 курсу спеціальності «Міжнародні відносини», Національний університет «Острозька академія» *(м. Острог)*

Сулятицький І. В., голова Центру психоінформації, доцент кафедри корекційної педагогіки та інклюзії, кандидат психологічних наук, доцент, Львівський національний університет імені Івана Франка *(м. Львів)*

Супрун Л. В., доктор наук із соціальних комунікацій, професор, завідувач кафедри журналістики, Національний університет «Острозька академія» *(м. Острог)*

Сухорукова Г. Б., Держдавна установа «Харківський обласний лабораторний центр МОЗ України» *(м. Харків)*

Терешко Х. Я., асистент кафедри медичного права факультету післядипломної освіти, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького *(м. Львів)*

Ткаченко П. П., кандидат педагогічних наук, старший викладач кафедри фізичного виховання, Житомирський національний агроекологічний університет *(м. Житомир)*

Федірко П. А., доктор медичних наук, професор, директор Інституту радіаційної гігієни і епідеміології, Держдавна установа «Національний науковий центр радіаційної медицини НАМН України» *(м. Київ)*

Федорук А. С., студентка магістратури спеціальності «Психологія», Національний університет «Острозька академія» *(м. Острог)*

Харламова Г. О., кандидат економічних наук, доцент, доцент кафедри економічної кібернетики, Київський національний університет імені Тараса Шевченка *(м. Київ)*

Хоменко І. М., доктор медичних наук, професор завідувач кафедри громадського здоров'я, Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика *(м. Київ)*

Хоронжевська І. С., кандидат медичних наук, Державна установа «Рівненський обласний лабораторний центр МОЗ України» *(м. Рівне)*

Цибульська О. В., аспірант кафедри фізіології людини і тварин, Східноєвропейський національний університет імені Лесі Українки *(м. Луцьк)*

Цюх М. Ф., головний лікар, ПП «Клініка доктора Цюха» *(м. Луцьк)*

Чайченко Т. В., доктор медичних наук, професор, професор кафедри педіатрії № 1 та неонатології Харківський національний медичний університет *(м. Харків)*

Чала Н. Д., доктор наук з державного управління, доцент, професор кафедри маркетингу та управління бізнесом, Національний університет «Києво-Могилянська академія» *(м. Київ)*

Чубукова С. А., Державна установа «Дніпропетровський обласний лабораторний центр Міністерства охорони здоров'я України» *(м. Дніпропетровськ)*

Чумаченко Т. О., доктор медичних наук, професор, Харківський національний медичний університет *(м. Харків)*

Шашков Ю. І., викладач ВНКЗ ЛОР «Львівський інститут медсестринства та лабораторної медицини ім. Андрея Крупинського» *(м. Львів)*

Швайко С. Є., кандидат біологічних наук, доцент кафедри фізіології людини і тварин, Східноєвропейський національний університет імені Лесі Українки *(м. Луцьк)*

Швець Т. А., студентка 2-го курсу спеціальності «Громадське здоров'я», Національний університет «Острозька академія» *(м. Острог)*

Шокол І. П., Державна установа «Дніпропетровський обласний лабораторний центр Міністерства охорони здоров'я України» *(м. Дніпропетровськ)*

Штепа О. Д., в. о. директора, Державна установа «Дніпропетровський обласний лабораторний центр Міністерства охорони здоров'я України»*(м. Дніпропетровськ)*

Щетініна О. К., доктор фізико-математичних наук, професор, завідувач кафедри, Київський національний торговельно-економічний університет *(м. Київ)*

Якимчук І. Р., лікар психіатр-нарколог, КЗ ЛОР «Львівський обласний медичний центр превенції та терапії узалежнень» *(м. Львів)*

Яригін А. В., кандидат біологічних наук, ДУ «Інститут громадського здоров'я ім. О. М. Марзєєва НАМН України *(м. Київ)*

Ящук В. А., старший викладач кафедри фізичного виховання, Національний університет «Острозька академія» *(м. Острог)*

Bobkov V., Ph.D. student, of the National University of Ostroh Academy *(м. Острог)*

Hushchuk V., Ph.D. student, of the National University of Ostroh Academy *(м. Рівне)*

Delong M., dr hab. prof. PWSW Marek Delong PWSW w Przemyślu- Instytut Stosunki Międzynarodowe *(Przemyśl, Poland)*

Kosoń Ja., doktorant mgr Jarosław KOSOŃ – RCKiK w Rzeszowie *(Rzeszów, Poland)*

Kovalevich M., PhD of Sciences (Pedagogy), Associate Professor Philosophy Doctor (PhD) in Pedagogy *(Brest, Belarus)*

Leonyuk N., PhD of Sciences (Pedagogy), Associate Professor Philosophy Doctor (PhD) in Pedagogy, Dean *(Brest, Belarus)*

Romas L., student of the National University of Ostroh Academy *(Queen Charlotte City, British Columbia, Canada)*

Michno J., dr, Państwowa Wyższa Szkoła Wschodnioeuropejska w Przemyślu *(Przemyśl, Poland)*

Olak A., dr. h.c. prof. nadzw. dr hab. Antoni OLAK PWSW w Przemyślu – Kierownik Zakładu Socjologii Zarządzania Kryzysowego *(Przemyśl, Poland)*

Siniuk D., PhD of Psychological Sciences, associate professor, associate Professor of the Psychology Department at Brest State A.S. Pushkin University *(Brest, Belarus)*

Stanibula S., Senior Lecturer, Department of Psychology, Fransisk Skorina Gomel State University *(Gomel, Belarus)*

Urbańska W., student, Szkoła Główna Gospodarstwa Wiejskiego w Warszawie *(Warsawa, Poland)*

Uchto-Żywica B., dr, Akademia im. Jakuba z Paradyża w Gorzowie Wielkopolskim *(Gorzów Wielkopolski, Poland)*

Wiater M., doktorant mgr Wiater MAREK- Kliniczny Zespolony Szpital Nr 1 w Rzeszowie *(Rzeszow, Poland)*

Vergolyas M., PhD of Biological Sciences, Associate Professor, PHEI "International academy of ecology and medicine" *(м. Київ)*

Rathore Devendra (Ратхоре Девендра Сингх), студент 3-го курсу спеціальності «Медицина», ПВНЗ «Міжнародна академія екології та медицини» *(м. Київ*)

Зміст
СЕКЦІЙНЕ ЗАСІДАННЯ № 1

«ГІГІЄНА ДОВКІЛЛЯ, МЕДИЧНА ЕКОЛОГІЯ, СОЦІАЛЬНО-ГІГІЄНІЧНИЙ МОНІТОРИНГ, ОЦІНКА МЕДИКО-ЕКОЛОГІЧНИХ РИЗИКІВ»

Аронова Д. О.
ВРЕГУЛЮВАННЯ ПИТАНЬ МІЖНАРОДНИХ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я /МІЖНАРОДНОГО ПОШИРЕННЯ ХВОРОБ/ ЯК ЗАПОРУКА НАЦІОНАЛЬНОЇ БЕЗПЕКИ ДЕРЖАВИ 3

Вадзюк С. Н., Болюк Ю. В.
ХАРАКТЕРИСТИКА САМОПОЧУТТЯ, АКТИВНОСТІ ТА НАСТРОЮ У СТУДЕНТІВ 2 КУРСУ З РІЗНИМ СТУПЕНЕМ ЗАПАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ ЯСЕН 6

Вадзюк С. Н., Папінко І. Я., Горбань Л. І.
ОЦІНКА РІВНЯ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ В МОЛОДИХ ОСІБ РІЗНОГО СОМАТОТИПУ 7

Гандзюк О. В.
РОЗВИТОК ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я НА РІВНЕНЩИНІ 8

Гончаров В. О., Бондаренко Д. А., Максименко Ю. А.
ПРОБЛЕМА ОТРУЄНЬ НАСЕЛЕННЯ ДИКОРОСЛИМИ ГРИБАМИ НА ПРИКЛАДІ ОДЕСЬКОЇ ОБЛАСТІ 10

Грузєва Т. С.
АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ РОЗВИТКУ ОСВІТНЬОГО НАПРЯМУ ТА КАДРОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СИСТЕМИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я 12

Грузєва Т. С., Галієнко Л. І.
НОРМАТИВНО-ПРАВОВІ ТА ОРГАНІЗАЦІЙНО-УПРАВЛІНСЬКІ ПЕРЕДУМОВИ ПРОТИДІЇ ЕПІДЕМІЇ НЕІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ В УКРАЇНІ 15

Грузєва Т. С., Гречишкіна Н. В., Литвинова Л. О., Пельо І. М., Саксонов С. Г.
ЗМІСТОВЕ НАПОВНЕННЯ НАВЧАЛЬНИХ ПРОГРАМ ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ У ГАЛУЗІ МЕДИЦИНИ З ПИТАНЬ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я 18

Гунько Н. В.
МОНІТОРИНГ ЗДОРОВ'Я ЗА ПОКАЗНИКАМИ СМЕРТНОСТІ ОСІБ, ЯКІ БУЛИ ДІТЬМИ ТА ПІДЛІТКАМИ НА ЧАС АВАРІЇ НА ЧОРНОБИЛЬСЬКІЙ АТОМНІЙ ЕЛЕКТРОСТАНЦІЇ ТА ПРОЖИВАЛИ НА РАДІОАКТИВНО ЗАБРУДНЕНИХ ТЕРИТОРІЯХ (1986-2011 РОКИ) 20

Гущук І. В.
ЩО МИ РОЗУМІЄМО ПІД СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ/ЗАХИСТУ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я? 23

Дмитруха Н. М., Андрусишина І. М., Короленко Т. К., Легкоступ Л. А., Лагутіна О. С.
ОСОБЛИВОСТІ ТОКСИЧНОСТІ СПОЛУК СВИНЦЮ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ЇХ ДИСПЕРСНОСТІ 26

Іванків З. Я.
ТАЄМНИЦІ ЛЬВІВСЬКИХ ТЕРЕНКУРІВ 29

Калиниченко І. О., Латіна Г. О.
ВПЛИВ СОЦІАЛЬНО-ГІГІЄНІЧНИХ ЧИННИКІВ НА СТАН ЗДОРОВ'Я УЧНІВ СТАРШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ 31

Комов О. Д.
РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я ТА РАДІАЦІЯ 33

Кунинець О. Ю.
РЕОРГАНІЗАЦІЯ ПРОФІЛАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ – ПИТАННЯ НАЦІОНАЛЬНОЇ ВАГИ! 35

Лебедь О. О., Мислінчук В. О., Лисиця А. В.
ЗВ'ЯЗОК КОНЦЕНТРАЦІЇ РАДІОАКТИВНОГО ГАЗУ РАДОНУ В ЖИТЛОВИХ ПРИМІЩЕННЯХ З РИЗИКОМ ВИНИКНЕННЯ ОНКОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ 38

Малишевська О. С., Гаркавий С. І., Гречух Л. С.
ЕКОЛОГО-ГІГІЄНІЧНА ОЦІНКА ЦЕМЕНТНИХ КОМПОЗИЦІЙ, НАПОВНЕНИХ ПЕРЕРОБЛЕНИМИ ПОЛІМЕРНИМИ ВІДХОДАМИ, ПОВЕРХНЯ ЯКИХ ОБРОБЛЕНА ПОВЕРХНЕВО-АКТИВНИМИ РЕЧОВИНАМИ 40

Мелешко І. Р.
ПРОМОЦІЯ ЗДОРОВ'Я ТА ПРОФІЛАКТИКА ЗАХВОРЮВАНЬ: ДЕЯКІ АСПЕКТИ 42

Мокієнко А. В., Петренко Н. Ф.
ЯКІСТЬ ПИТНОЇ ВОДИ ЯК СКЛАДОВА ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я 44

Похмурко І. В., Штепа О. П, Євсєєв С. І., Свиридов В. І., Чубукова С. А.,
Бєльська Т. М., Шокол І. Д., Рублевська Н. І.
ВМІСТ ХЛОРОФОРМУ У ПИТНІЙ ВОДОПРОВІДНІЙ ВОДІ М. ДНІПРО ТА ТЕНДЕНЦІЇ ДО ЗМІНИ ЙОГО КОНЦЕНТРАЦІЇ ПРИ ТРАНСПОРТУВАННІ СПОЖИВАЧАМ 46

Рєзніков А. П.
ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я І БІОБЕЗПЕКА 49

Рутар С. М., Шашков Ю. І.
ПРОБЛЕМИ ІНСТИТУЦІЙНО-ЦІННІСНОГО ВИМІРУ РОЗВИТКУ СИСТЕМИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ 50

Семашко П. В., Думанський В. Ю., Яригін А. В., Стеблій Н. М.
ВПЛИВ АВІАЦІЙНОГО ШУМУ МІЖНАРОДНОГО АЕРОПОРТУ «КИЇВ» НА АКУСТИЧНИЙ СТАН ЖИТЛОВОЇ ЗАБУДОВИ 52

Скалецький Ю. М.
ЩОДО СТАНУ БЕЗПЕКИ ПАЦІЄНТІВ У ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я КИЇВСЬКОЇ ОБЛАСТІ 55

Сухорукова Г. Б., Махота Л. С., Чумаченко Т. О.
ОЦІНКА РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ НА ТЕРИТОРІЇ ХАРКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ ОСЕРЕДКІВ ЗАХВОРЮВАНЬ, ЯКІ МАЮТЬ МІЖНАРОДНЕ ЗНАЧЕННЯ 57

Федірко П. А., Бабенко Т. Ф., Дорічевська Р. Ю.
НЕОБХІДНІСТЬ ОФТАЛЬМОЛОГІЧНОЇ ДИСПАНСЕРІЗАЦІЇ НАСЕЛЕННЯ РАДІАЦІЙНО ЗАБРУДНЕНИХ ТЕРИТОРІЙ 59

Хоменко І. М., Першегуба Я. В., Півень Н. В., Авраменко Л. М.
ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ НА ШЛЯХУ РОЗБУДОВИ СИСТЕМИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ 60

Хоронжевська І.С., Бевз Т. І., Мартинюк Г. А.
МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧНИЙ МОНІТОРИНГ ЗА ЦИРКУЛЯЦІЄЮ ВІРУСУ ГЕПАТИТУ С СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ РІВНЕНСЬКОЇ ОБЛАСТІ 62

Хоронжевська І. С., Вакуліч О. М., Мороз В. О., Воробей О. В.,
Бялковський О. В., Сафонов Р. В.
МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧНИЙ МОНІТОРИНГ ЗА ЦИРКУЛЯЦІЄЮ ВІРУСІВ ГРИПУ СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ РІВНЕНСЬКОЇ ОБЛАСТІ 64

Хоронжевська І. С., Сергєєва Т. А., Мартинюк Г. А., Мороз В. О.
ЕПІДЕМІОЛОГІЧНИЙ МОНІТОРИНГ ЗА ПОШИРЕНІСТЮ ГЕПАТИТУ С СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ РІВНЕНСЬКОЇ ОБЛАСТІ 66

Цибульска О. В., Дмитроца О. Р., Швайко С. Є., Поручинський А. І.
ОЦІНКА АДАПТАЦІЙНИХ МОЖЛИВОСТЕЙ МОЛОДШИХ ШКОЛЯРІВ ЗАЛЕЖНО ВІД СИСТЕМИ ПІДГОТОВКИ ДО НАВЧАННЯ 68

Цюх М. Ф., Кощановський А. Ю.
РАЦІОНАЛЬНА МЕДИЦИНА: ВІД ІНДИВІДУАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я ДО ГРОМАДСЬКОГО 71

Цюх М. Ф., Кощановський А. Ю.
«ПАТОГЕНЕЗ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ. ПОГЛЯД З ПОЗИЦІЙ РАЦІОНАЛЬНОЇ МЕДИЦИНИ» 74

Швець Т. А.
ТЯГАР НЕІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ – ЗРОСТАЮЧІ ВИКЛИКИ ГРОМАДСЬКОМУ ЗДОРОВ'Ю 75

Michno J.
WYBRANE ZAGROŻENIA ŁADU SPOŁECZNEGO W XXI WIEKU 77

Urbańska W.
EDUKACJA ZDROWOTNEJ W PRZEDSZKOLU 78

Vergolyas M., Konturova S., Rathore D.
ECOTOXICOLOGICAL ASSESSMENT OF NATURAL WATER SAFETY 80

СЕКЦІЙНЕ ЗАСІДАННЯ № 2

«ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я»

Аржаткіна В. І.
ЖИТТЄВИЙ ШЛЯХ ЛЮДИНИ ЯК ПРОБЛЕМА ПСИХОЛОГІЇ 83

Базика Є. Л.
АКТИВІЗАЦІЯ ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНОГО СТАНУ ОСІБ ПЕРЕДПЕНСІЙНОГО ВІКУ 85

Венгрин Н. О., Козяр М. В.
ФОРМУВАННЯ КЛІНІЧНОГО МИСЛЕННЯ В МАЙБУТНІЙ ПРОФЕСІЙНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНИХ ФАХІВЦІВ З МЕТОЮ ЗБЕРЕЖЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я 88

Гандзілевська Г. Б., Дацко М. І.
ДУХОВНО-МОРАЛЬНІ ЦІННОСТІ УКРАЇНСЬКОЇ ПИСЬМЕННИЦІ-ЕМІГРАНТКИ Л. БОГУСЛАВЕЦЬ ЯК РЕСУРС ЇЇ ЖИТТЄВОГО ШЛЯХУ 90

Гільман А. Ю.
СТАВЛЕННЯ ОСІБ ЗРІЛОГО ВІКУ ДО ВЛАСНОГО ЗДОРОВ'Я 92

Гільман А. Ю., Загородній С. М., Защик Н. С.
РЕЖИМИ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ ЯК ДЕТЕРМІНАНТИ ПОРУШЕНЬ ПСИХІКИ ТА ПОВЕДІНКИ У СІЛЬСЬКОГО НАСЕЛЕННЯ 95

Заікіна Г. Л.
ОСОБЛИВОСТІ ПІЗНАВАЛЬНОГО СТАТУСУ УЧНІВ В УМОВАХ ІНФОРМАЦІЙНИХ НАВАНТАЖЕНЬ 97

Кулеша Н. П.
ОСОБЛИВОСТІ ЕМОЦІЙНОГО КОМПОНЕНТУ АДАПТИВНОГО КОМПЛЕКСУ СТУДЕНТІВ ІЗ ДИСТАНТНИХ СІМЕЙ ЗАЛЕЖНО ВІД ТРИВАЛОСТІ ВІДСУТНОСТІ ОДНОГО ІЗ БАТЬКІВ У КОНТЕКССТІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я 99

Лемеха Р. І.
ЧИННИКИ, ЯКІ ВПЛИВАЮТЬ НА ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ 102

Мазур П. Є., Горошко Є., Батюх О.
СИНДРОМ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ В МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ 104

Осьодло В. І., Зубовський Д. С.
ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОЯВУ ОСОБИСТІСНОГО ЗРОСТАННЯ УЧАСНИКІВ АТО У ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ ПЕРІОД 107

Пустовойт М. В.
ПСИХОЛОГІЧНА БЕЗПЕКА ОСОБИСТОСТІ: ЧИННИКИ ТА ОСОБЛИВОСТІ 110

Розмазнін О. П., Снігур Л. А.
ЦІННІСТЬ ЗДОРОВ'Я В КУРСАНТСЬКОМУ СЕРЕДОВИЩІ 113

Романюк В. Л.
ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я ТА ФУНКЦІОНАЛЬНІ РЕЗЕРВИ ОРГАНІЗМУ ЛЮДИНИ 115

Сулятицький І. В.
СОЦІОПСИХОЛОГІЧНІ РЕСУРСИ БЕЗПЕКИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я УКРАЇНСТВА 118

Федорук А. С.
ДО ПИТАННЯ ВИВЧЕННЯ ІНТЕРНЕТ-ЗАЛЕЖНОСТІ СЕРЕД МОЛОДІ (ТЕОРЕТИЧНИЙ АСПЕКТ) 122

Якимчук І. Р.
АНАЛІЗ ЗАХВОРЮВАНОСТІ ТА ПОШИРЕННЯ УЗАЛЕЖНЕНЬ У ЛЬВІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ 124

Hushchuk V., Bobkov V.
RADIOACTIVITY – AS ONE OF THE CHORNOBYL NPP PROBLEMS 127

Liam Romas
THE FEATURES OF INTERACTION WITH SCHOOL-AGE CHILDREN WITH ADHD 128

Siniuk D.
CONTENT OF INTERNAL PATIENT DISEASE PATTERN WITH INJURIES OF UPPER AND LOWER LIMBS 130

Станибула С.
ІНТЭЛЕКТУАЛЬНАЯ СФЕРА ЯК РЭСУРС ПЕРААДОЛЕННЯ СКЛАДАНЫХ ЖЫЦЦЁВЫХ СІТУАЦЫЙ 133

Uchto-Żywica B.
PSYCHOLOGICZNE ASPEKTY CHORÓB NOWOTWOROWYCH PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF CANCER 135

СЕКЦІЙНЕ ЗАСІДАННЯ № 3

«ПРОМОЦІЯ ЗДОРОВ'Я, ФІЗИЧНА КУЛЬТУРА, ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ»

Булгаков О. І.
АНАЛІЗ ОЗДОРОВЧОГО ТА ВИХОВНОГО ВПЛИВУ СУЧАСНОЇ СИСТЕМИ ШКІЛЬНОГО ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ НА УЧНІВ ЗАГАЛЬНООСВІТНІХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ 137

Грибан Г. П.
АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ЗДОРОВ'Я СУЧАСНОЇ МОЛОДІ 140

Григус І. М., Березюк В. В., Євтух М. І.
ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ІНСУЛЬТУ 143

Кузнєцова О. Т.
МЕТОДИЧНА СИСТЕМА ЗАСТОСУВАННЯ ОЗДОРОВЧИХ ТЕХНОЛОГІЙ У ПРОЦЕСІ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ СТУДЕНТІВ 146

Кузнєцова О. Т., Ковалець М. С.
ІНФОРМАЦІЙНО-КОМУНІКАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ У ВИЗНАЧЕННІ РІВНІВ СОМАТИЧНОГО ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТІВ 149

Марченко О. С., Білюк С. П., Ящук В. А.
ОСОБЛИВОСТІ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я СУЧАСНИХ СПОРТСМЕНІВ 152

Мичка І. В.
ВПЛИВ ЗАНЯТЬ ПАУЕРЛІФТИНГОМ НА ФОРМУВАННЯ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ ТА ЗБЕРЕЖЕННЯ ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТІВ 156

Опанасюк Ф. Г., Скорий О. С., Плотіцин К. В., Пантус О. О., Ободзінська О. В.
ФІЗИЧНА АКТИВНІСТЬ СТУДЕНТІВ – ОСНОВА ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ 159

Стадніков Г. В., Іванів О. І., Стретович Д. А.
ВДОСКОНАЛЕННЯ ОСВІТНЬОГО ПРОЦЕСУ З ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ ЗА ДОПОМОГОЮ КОМП'ЮТЕРНИХ ТЕХНОЛОГІЙ 161

Ткаченко П. П., Скорий О. С., Курилло Т. В., Пилипчук П. Б.
ФІЗИЧНЕ ВИХОВАННЯ СТУДЕНТІВ НА ОСНОВІ ОСОБИСТІСНО-ОРІЄНТОВАНОГО ВИБОРУ ВИДУ РУХОВОЇ АКТИВНОСТІ 164

Чумаченко Т. О., Клименко В. А., Чайченко Т. В., Гончар М. А.,
Райлян М. В., Поливянна Ю. І., Семішев В. І.
ОБІЗНАНІСТЬ ШКОЛЯРІВ ХМЕЛЬНИЦЬКОЇ ОБЛАСТІ ЩОДО ЙОДОДЕФІЦИТНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ТА ЗАСОБІВ ЇХ ПРОФІЛАКТИКИ 166

Kovalevich M., Leonyuk N.
HEALTH IN THE SYSTEM OF LIFE VALUES OF A FUTURE PROFESSIONAL 169

СЕКЦІЙНЕ ЗАСІДАННЯ № 4

«МЕДИЧНЕ ПРАВО, БІОЕТИКА, КАДРОВА ПОЛІТИКА У СФЕРІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я»

Блащук Т. В.
ПРАВО ФІЗИЧНОЇ ОСОБИ НА БЕЗПЕЧНЕ ДЛЯ ЖИТТЯ І ЗДОРОВ'Я ДОВКІЛЛЯ 172

Богомазова І. О.
СИСТЕМИ ОРГАНІВ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ: ОКРЕМІ АСПЕКТИ 174

Гарасимів О. Ю.
ОКРЕМІ АСПЕКТИ ОБРОБКИ ПЕРСОНАЛЬНИХ ДАНИХ: ЄВРОПЕЙСЬКИЙ ВИМІР 177

Гаркавий С. І.
ЩОДО ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я У ВИЩИХ МЕДИЧНИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ 179

Головчак Я. В.
АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ТРАНСПЛАНТОЛОГІЇ 181

Машук В. В.
ЗАГАЛЬНІ ЗАСАДИ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ 184

Михайловська О. В.
ПОРУШЕННЯ ПРАВ ПАЦІЄНТІВ ТА ЇХ ЗАХИСТ В СУДІ 186

Романов М. С., Величко М. В., Бабяк М. В.
ВЗАЄМНЕ ПРАВОВЕ ВИЗНАННЯ НАУКОВИХ ТА ЕКСПЕРТНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ НАУКОВО-ДОСЛІДНИХ УСТАНОВ УКРАЇНИ, ВИКОНАНИХ ЗГІДНО МІЖНАРОДНИХ СТАНДАРТІВ ОЕСР, З КРАЇНАМИ ЄВРОПЕЙСЬКОГО СОЮЗУ – ЕФЕКТИВНИЙ ЗАХІД У СФЕРІ ХАРЧОВОЇ БЕЗПЕКИ 189

Сенюта І. Я.
БАЛАНС ІНТЕРЕСІВ ІНДИВІДУАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я І ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я 191
Терешко Х. Я.
ОСОБЛИВОСТІ РЕАЛІЗАЦІЇ ІНФОРМАЦІЙНИХ ПРАВ У СФЕРІ НАДАННЯ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ 194

СЕКЦІЙНЕ ЗАСІДАННЯ № 5

«МЕНЕДЖМЕНТ В ОХОРОНІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я. ЕФЕКТИВНА РЕАЛІЗАЦІЯ ТА РОЗВИТОК ЛЮДСЬКОГО КАПІТАЛУ»

Барна О. М., Корост Я. В., Кузнєцова А. С.
МІСІЯ ЗДОРОВ'Я ТА ПРОФІЛАКТИКИ АСОЦІАЦІЇ ПРЕВЕНТИВНОЇ ТА АНТИЕЙДЖИНГ МЕДИЦИНИ 197
Карташова С. С., Щетініна О. К., Канєва Т. В.
ВАРТІСТЬ СЕРЕДНЬОСТАТИСТИЧНОГО ЖИТТЯ В УКРАЇНІ: МІЖНАРОДНИЙ ДОСВІД, РЕКОМЕНДАЦІЇ ПРИ ВИКОРИСТАННІ 198
Поплавська О. М., Чала Н. Д.
РОЗВИТОК ЛЮДСЬКОГО КАПІТАЛУ ТА СОЦІАЛЬНІ ВИКЛИКИ В УМОВАХ ІНДУСТРІЇ 4.0 201
Супрун Л. В., Веляник Н. В.
КОМУНІКАЦІЙНІ БАР'ЄРИ МІЖ ЗМІ ТА АУДИТОРІЄЮ В ПРОЦЕСІ РЕАЛІЗАЦІЇ МЕДИЧНОЇ РЕФОРМИ 202
Ставицький А. Д., Харламова Г. О.
РЕЙТИНГИ ТА ЦИТУВАННЯ ЯК НОВІ ВИМІРНИКИ СТАНУ ПІДГОТОВКИ ЛЮДСЬКОГО КАПІТАЛУ ЗВО УКРАЇНИ 204
Чала Н. Д., Антонюк Л. Л., Гуменна О. В., Харламова Г. О., Осінчук Т. М.
ПРЕЗЕНТАЦІЯ СОЦІАЛЬНОГО ПРОЕКТУ ЛІКУВАННЯ ОРФАННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ONLINECONCILIUM 205
Чала Н. Д., Гуменна О. В., Харламова Г. О., Осінчук Т. М.
НЕРІВНІСТЬ ДОХОДІВ, БІДНІСТЬ ТА СУСПІЛЬНИЙ ДОБРОБУТ УКРАЇНИ 207
Delong M., Wiater M.
PROBLEM LUSTRACJI DUCHOWIEŃSTWA W ŚWIETLE ENUNCJACJI KONFERENCJI EPISKOPATU POLSKI W LATACH 1992-2007 [The problem of lustration of the clergy in the light of the enunciation of the Conference of the Polish Episcopate in 1992-2007] 209
Olak A., Kosoń J.
MOTYWACYJNA- ROLA SYSTEMÓW WYNAGRODZEŃ PRACOWNICZYCH A DOBRO PRZEDSIĘBIORSTWA [Motivational – the role of employee compensation systems and the good of the enterprises] 210

НАШІ АВТОРИ 211

Наукове видання

Збірник матеріалів тез
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
(з міжнародною участю)

«ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я: ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ»

29 листопада 2018 р.

Collection of abstracts
OF SCIENTIFIC CONFERENCE
(with international participation)

«PUBLIC HEALTH: PROBLEMS AND DEVELOPMENT PRIORITIES»

November 29, 2018

Відповідальний за випуск *І. В. Гущук*
Упорядник *А. Ю. Гільман*
Технічний редактор *Р. В. Свинарчук*
Комп'ютерна верстка *Н. О. Крушинської*
Художнє оформлення обкладинки *Р. В. Свинарчука*

Формат 60х84/8. Ум. друк. арк. 26,27. Обл.-вид. арк. 28,5. Наклад 100 пр. Зам. № 67–18.
Папір офсетний. Друк цифровий. Гарнітура «TimesNewRoman»

Оригінал-макет виготовлено у видавництві
Національного університету «Острозька академія»,
Україна, 35800, Рівненська обл., м. Острог, вул. Семінарська, 2.
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи РВ № 1 від 8 серпня 2000 року.

Виготовлено ФОП видавець Свинарчук Р. В.
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи РВ № 27 від 29 липня 2004 року.
Тел. (+38096) 649 20 20, e-mail: 35800@ukr.net.