

ЗАСНОВНИКИ

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

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

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

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

РЕДАКЦІЙНА РАДА

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

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

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

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

Рекомендовано до друку Вченою радою ДВНЗ «Ужгородський національний університет»
Протокол № 6 від 21 червня 2022 р.

Адреса редакції: пров. Волго-Донський, 3, м. Київ, 02099, Україна
Свідоцтво про державну реєстрацію КВ № 21116-10916ПП від 24.12.2014 р.
Підписано до друку 22 червня 2022 р. Загальний наклад 100 прим. Зам. № ***

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

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

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

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

FOUNDERS

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

Chief Editor – Myronyuk I.S.

Deputy Chief Editor – Slabkiy G.O.

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

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

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

EDITORIAL COLLEGIUM

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

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

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

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

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

EDITORIAL BOARD

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

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

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

Web-site:

healty-nation.uzhnu.edu.ua

It is recommended for print by the Academic Council of the SU “Uzhhorod National University”
Protocol № 6 of June 21, 2022

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

Signed for publication on June 22, 2022. The total circulation is 100 copies. Order № ***

Editor:

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

Publisher:

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

Printed in MEC “Medinform”

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

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

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

ЗМІСТ

Актуальна тема

<i>Слабкий Г.О.</i> Фізична реабілітація, як складова громадського здоров'я: організаційно-методичні підходи на територіальному рівні	5
--	---

Громадське здоров'я

<i>Лепканич А.О., Миронюк І.С.</i> Особливості та структура залученості до мережі Інтернет студентської молоді різних курсів навчання в умовах карантинних обмежень	12
--	----

<i>Vansač Peter, Gul'ašová Monika</i> Therapeutic treatment of patients in palliative care during the Covid-19 pandemic	17
--	----

<i>Sivák Tomáš</i> The importance of health promotion assistants in public health	22
--	----

<i>Ляхова Н.О.</i> Вивчення факторів, що впливають на рішення батьків профілактично відвідувати стоматолога з дітьми	26
---	----

<i>Снівак А.П.</i> Місце фізичної реабілітації в системі збереження та зміцнення громадського здоров'я населення	31
---	----

<i>Білак-Лук'янчук В.Й., Данко М.Й.</i> Пандемія КОВІД-19, як надзвичайна ситуація територіального рівня забезпечення населення медичною допомогою	38
---	----

<i>Миронюк В.І.</i> Характеристика звернень населення за медичною допомогою у зв'язку з депресивними розладами	44
---	----

<i>Кравченко С.В.</i> Історичні аспекти інформаційно-аналітичного супроводу діяльності Державної санітарно-епідеміологічної служби України в контексті виконання оперативних функцій громадського здоров'я	48
---	----

Організація і управління охороною здоров'я

<i>Нагорна А.М., Огородник А.М.</i> Нормативно-правове регулювання розслідування професійних захворювань та виробничого травматизму в Україні	54
--	----

<i>Фегер О.В., Погоріляк Р.Ю.</i> Особливості розвитку захворюваності та надання медичної допомоги хворим на злоякісні новоутворення органів дихання	61
---	----

<i>Слабкий Г.О., Погоріляк Ю.І.</i> Умови закупівлі медичних послуг з променевої діагностики за програмами медичних гарантій	66
---	----

<i>Картавцев Р.Л.</i> Загальна характеристика національного класифікатора медичних виробів	72
---	----

Медсестринство

<i>Babečka Jozef, Gulasova Ivica</i> Urinary incontinence and nurses knowledge toward prevention of catheter-associated urinary tract infection	78
--	----

<i>Šulcová Jana, Murgová Anna</i> The specificities of communication in the care of patients with cardiovascular diseases	84
--	----

<i>Ivanková Viera, Belovičová Mária</i> The importance of psychohygiene in nurses' mental health care during a pandemic	88
--	----

Фізична реабілітація, фізична терапія, ерготерапія

<i>Дуб М.М., Бреч В.В.</i> Змістове та методологічне наповнення підготовки магістрів громадського здоров'я з питань медичної та фізичної реабілітації	93
--	----

<i>Šupolová Katarína, Barkasi Daniela</i> The importance of rehabilitation for patients with bilateral transfemoral amputations	99
--	----

<i>Гузак О.Ю.</i> Особливості реабілітаційної допомоги пацієнтам на базі багатопрофільного закладу охорони здоров'я третього рівня надання медичної допомоги (на прикладі Закарпатської області)	103
---	-----

<i>Філак І.Я.</i> Розвиток мовленнєвих компетентностей студентів спеціальності «Фізична терапія. Ерготерапія»	109
--	-----

<i>Тонкопей Ю.Л., Скиба О.О.</i> Морфологічні фенотипові зміни стану опорно-рухового апарату у дітей 4–6 років із різними ступенями гіпермобільності суглобів	114
--	-----

CONTENT

Actual theme

<i>Slabkiy G.O.</i> Physical rehabilitation as a component of public health: organizational and methodological approaches at the territorial level	5
---	---

Public health

<i>Lepkanych A.O., Myronyuk I.S.</i> Features and structure of different courses students' involvement in the Internet usage in the conditions of quarantine restrictions	12
--	----

<i>Vansač Peter, Gul'ašová Monika</i> Therapeutic treatment of patients in palliative care during the Covid-19 pandemic	17
---	----

<i>Sivák Tomáš</i> The importance of health promotion assistants in public health	22
---	----

<i>Lyakhova N.O.</i> Study of factors affecting parents' decisions to prevent protectively visit a dentist with children	26
--	----

<i>Spivak A.P.</i> Place of physical rehabilitation in the system of preservation and strengthening of public health of the population	31
---	----

<i>Bilak-Lukyanchuk V.Y., Danko M.Y.</i> COVID-19 pandemic as an emergency of public health of territorial level	38
--	----

<i>Myroniuk V.I.</i> Characteristics of appeals of the population for outpatient medical care related to depressive disorders	44
--	----

<i>Kravchenko S.V.</i> Historical aspects of the informational and analytical support of the activities of the State Sanitary and Epidemiological Service of Ukraine in the context of the operational functions of public health implementation	48
---	----

Organization and management of health care

<i>Nahorna A.M., Ogorodnyk A.M.</i> Legal regulation of the investigation of occupational diseases and industrial injuries in Ukraine	54
---	----

<i>Feger O.V., Pohoriliak R.Y.</i> Features of the development of morbidity and medical care for patients with malignant neoplasms of the respiratory system	61
---	----

<i>Slabkiy G.O., Pohoriliak Yu.I.</i> Terms of purchase of medical services for radiological diagnostics under medical guarantee programs	66
---	----

<i>Kartavtsev R.L.</i> General characteristics of the national classifier of medical devices	72
--	----

Nursing

<i>Babečka Jozef, Gulasova Ivica</i> Urinary incontinence and nurses knowledge toward prevention of catheter-associated urinary tract infection	78
--	----

<i>Šulcová Jana, Murgová Anna</i> The specificities of communication in the care of patients with cardiovascular diseases	84
---	----

<i>Ivanková Viera, Belovičová Mária</i> The importance of psychohygiene in nurses' mental health care during a pandemic	88
---	----

Physical rehabilitation, physical therapy, ergotherapy

<i>Dub M.M., Brych V.V.</i> Content and methodological filling of the training of masters of public health in questions of medical and physical rehabilitation	93
---	----

<i>Šupolová Katarína, Barkasi Daniela</i> The importance of rehabilitation for patients with bilateral transfemoral amputations	99
---	----

<i>Huzak O.Y.</i> Peculiarities of rehabilitation care for patients on the basis of a multidisciplinary health care institution of the third level of medical care (on the example of Transcarpathian region)	103
---	-----

<i>Filak I.J.</i> Development of speech competencies of students majoring in "Physical Therapy. Occupational Therapy"	109
---	-----

<i>Tonkopei Yu., Skyba O.</i> The morphological phenotypic changes in the state of the musculoskeletal system in children 4-6 years with varying degrees of hypermobility of the joints	114
--	-----

Слабкий Г.О.

**Фізична реабілітація
як складова громадського здоров'я:
організаційно-методичні підходи
на територіальному рівні**ДВНЗ «Ужгородський національний університет»,
м. Ужгород, Україна

Slabkiy G.O.

**Physical rehabilitation as a component
of public health: organizational
and methodological approaches
at the territorial level**Uzhhorod National University,
Uzhhorod, Ukraine

g.slabkiy@ukr.net

Вступ

В Україні активно впроваджується системи громадського здоров'я [1,2]. З метою її активного впровадження прийнята низка законодавчих актів [3,4] та проводиться підготовка кваліфікаційних кадрів [5]. Необхідно відмітити, що в ході проведення реформи адміністративно-територіального устрою країни [6,7] базовим рівнем розвитку системи громадського здоров'я визнано територіальні громади [8].

При цьому ще однією особливістю даного етапу розвитку України є активний розвиток системи фізичної реабілітації, що визначено теж на законодавчому рівні [9,10].

Мета дослідження: представити концептуальні підходи до забезпечення реабілітації в рамках системи громадського здоров'я на територіальному рівні.

Матеріали та методи

Методи: бібліосемантичний, структурно-логічного аналізу. Матеріали: законодавчі акти з розвитку системи громадського здоров'я та реабілітації.

Результати дослідження та їх обговорення

Під керівництвом Європейського регіонального Бюро ВООЗ було розроблено та в 2012 році прийнято Європейський план дій з укріплення потенціалу та послуг громадського здоров'я [11], який став рамочною основою для дій з розвитку громадського здоров'я та реалізації основних оперативних функцій громадського здоров'я. В основі Європейського плану дій з укріплення потенціалу та послуг громадського здоров'я використано визначення громадського здоров'я, яке запропонував Acheson [12]: «Громадське здоров'я – це наука і практика попередження хвороб, продовження життя та укріплення здоров'я шляхом організованих дій, які здійснюються громадськістю».

В основу даного плану лягло 10 комплексних напрямків діяльності, які відповідають 10 основним

оперативним функціям громадського здоров'я [13]. Відповідно до теми нашої публікації важливо виділити такі із них:

- укріплення здоров'я, включаючи вплив на соціальні детермінанти та скорочення нерівності в показниках здоров'я;
- забезпечення стратегічного керівництва в інтересах здоров'я;
- забезпечення сфери громадського здоров'я кваліфікованими кадрами в достатній кількості;
- забезпечення організаційних структур та фінансування;
- інформаційно-роз'яснювальна діяльність (адвокація), комунікація та соціальна мобілізація в інтересах здоров'я;
- сприяння розвитку досліджень в області громадського здоров'я для наукового обґрунтування політики і практики.

З метою їх забезпечення необхідно на всіх рівнях державного управління використовувати принцип врахування інтересів здоров'я населення у всіх стратегіях, який заохочує прийняття міжсекторальних інтегрованих відповідних політичних рішень.

Громадське здоров'я не обмежується сектором охорони здоров'я, а охоплює широке коло зацікавлених сторін в усіх сферах суспільства з метою впливу на фактори, які лежать в основі порушення здоров'я та забезпечення збереження та зміцнення здоров'я населення. При цьому, для того щоб громадське здоров'я зайняло центральне місце в процесі покращення здоров'я населення, інвестиції в послуги громадського здоров'я потрібно розглядати як інвестиції в здоров'я та благополуччя населення.

В даному документі визначається, що громадське здоров'я відіграє важливу роль в підтримці, розвитку та укріпленні систем охорони здоров'я. При цьому в Європейському плані дій з укріплення потенціалу та послуг громадського здоров'я використовується визначення систем охорони здоров'я, яке представлено в Таллінській хартії [14]: «В політичних та інституційних рамках кожної країни система охорони здоров'я – це

сукупність всіх державних та приватних організацій, закладів, ресурсів, призначення яких полягає в покращенні, збереженні або відновленні здоров'я людей. Системи охорони здоров'я включають надання як індивідуальних, так і громадських послуг, а також дії по впливу на політику та діяльність інших секторів, з тим щоб в них приділялась необхідна увага соціальним, екологічним та економічним детермінантам здоров'я».

Задача, яку ставить ВООЗ, це підвищення службами охорони здоров'я орієнтації на людину, щоб сприяти покращенню здоров'я людей з хронічними хворобами. Хронічні хвороби, які носять як правило прогресуючий характер потребують повторних взаємодій із системою охорони здоров'я. Необхідно відмітити також, що в сучасних умовах в Україні, як і в провідних країнах світу зростає кількість людей з особливими потребами та інвалідністю, які потребують медико-реабілітаційної та соціальної допомоги [15–18].

Це потребує рішення щодо надання послуг та створення механізмів, які підтримують самостійне ведення захворювання, надання послуг недалеко від дому та ефективності витрат. Це також потребує створення інформаційних ресурсів, допомоги та сприяння в прийнятті рішень.

Необхідно відмітити, що ВООЗ зберігає прихильність принципу первинної медико-санітарної допомоги, як основи систем охорони здоров'я ХХІ століття. ВООЗ відмічає, що первинна медико-санітарна допомога являється важливим інструментом рішення проблем, які стоять перед системами охорони здоров'я по укріпленню здоров'я населення. Так, в «Докладі о

состоянии здравоохранения в мире, 2008 г. – Первичная медико-санитарная помощь: сегодня актуальнее, чем когда-либо ранее» [19] була підтверджена важливість розвитку первинної медико-санітарної допомоги для забезпечення населення доступною медичною і в першу чергу профілактичною допомогою.

При цьому важливо відмітити, що розвиток первинної медико-санітарної допомоги є пріоритетним напрямком реформування системи охорони здоров'я в Україні, який активно розвивається на сучасному етапі розвитку країни [20,21].

Проведений аналіз документів ВООЗ, міжнародного досвіду та національного законодавства вказує на те, що основна задача систем охорони здоров'я, системи громадського здоров'я та сфери фізичної реабілітації єдина: забезпечення високого рівня здоров'я населення з подоланням нерівності по відношенню до здоров'я окремих категорій населення шляхом забезпечення його збереження та зміцнення. Враховуючи рекомендовані ВООЗ методичні підходи до розробки маршрутів координації допомоги з її максимальним наданням за місцем проживання для України, в умовах проведення адміністративно-територіальної реформи, базовим рівнем організації можливої медичної допомоги в тому числі забезпечення населення послугами із фізичної реабілітації стають територіальні громади.

Нами розроблені концептуальні підходи до забезпечення населення територіальних громад послугами із фізичної реабілітації в рамках системи громадського здоров'я, які представлені на рис. 1 у вигляді кластерної моделі.



Рис. 1. Кластерна модель концептуальних підходів до забезпечення населення територіальних громад послугами із фізичної реабілітації в рамках системи громадського здоров'я

Методологія створення кластерів базувалася на тому, що сутність кожного з них спрямована на досягнення кінцевої мети: забезпечення високого рівня здоров'я населення громади шляхом його відновлення у осіб з інвалідністю та вторинної профілактики у осіб із хронічними захворюваннями.

Нами виділено чотири основних кластери організації фізичної реабілітації на рівні територіальної громади. Цими кластерами є: створення ресурсної бази і забезпечення фінансування, кадрове забезпечення та формування у населення мотивації до збереження та зміцнення особистого здоров'я в тому числі прихильності до фізичної реабілітації.

Таким чином, рівень якості та ефективності фізичної реабілітації, організаційно як індивідуальної так і групової, залежить від:

- рівня ресурсного забезпечення системи, який має відповідати існуючому науково-доказовому його обґрунтуванню та чинній законодавчій базі;
- рівня управління даними ресурсами та забезпеченню його використання;
- організації діяльності системи та ступеню взаємодії усіх учасників системи;
- готовністю населення відповідально ставитися до особистого здоров'я та і при необхідності мотивовано використовувати послуги із фізичної реабілітації.

При міжсекторальному підході до вирішення проблеми збереження та зміцнення здоров'я населення на рівні територіальних громад шляхом комплексного забезпечення населення доступною та ефективною допомогою з фізичної реабілітації рекомендується використовувати організаційну модель, яка представлена на рис. 2.

Методично все населення громади розділяється на чотири кластери: населення з факторами ризику розвитку хронічних захворювань; населення, яке має хронічні неінфекційні хвороби; особи після стаціонарного лікування, що потребують амбулаторної фізичної

реабілітації протягом певного часу (після перенесеного церебрального інсульту, інфаркту міокарда, оперативних втручань тощо) та особи з інвалідністю.

Загальне населення, яке складає основну чисельність громади, за своїм бажанням повинно мати доступ до послуг фізичних терапевтів, які сумісно із сімейними лікарями розробляють для них індивідуальні програми фізичної активності в рамках забезпечення здорового способу життя.

Запровадження на рівні територіальних громад запропонованої моделі залежить від політичної волі керівників громади, що формується шляхом адвокації необхідного рішення спеціалістами громадського здоров'я та іншими зацікавленими особами і фінансовою спроможністю громади.

Функціонально-організаційну основу запропонованих інновацій на рівні територіальної громади та координацію діяльності учасників в цілому забезпечує система громадського здоров'я, а в залежності від визначених складових, виконавцями є медичні працівники служби первинної медико-санітарної допомоги та фізичні терапевти.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням розвитку системи громадського здоров'я на рівні територіальних громад по забезпеченню збереження та зміцнення здоров'я населення за місцем його проживання.

Висновки

Представлено організаційно-методичні підходи на рівні територіальної громади до забезпечення населення громади фізичною реабілітацією в рамках системи громадського здоров'я.

Впровадження заходів фізичної реабілітації на рівні територіальних громад забезпечить подальше збереження та зміцнення громадського здоров'я населення.

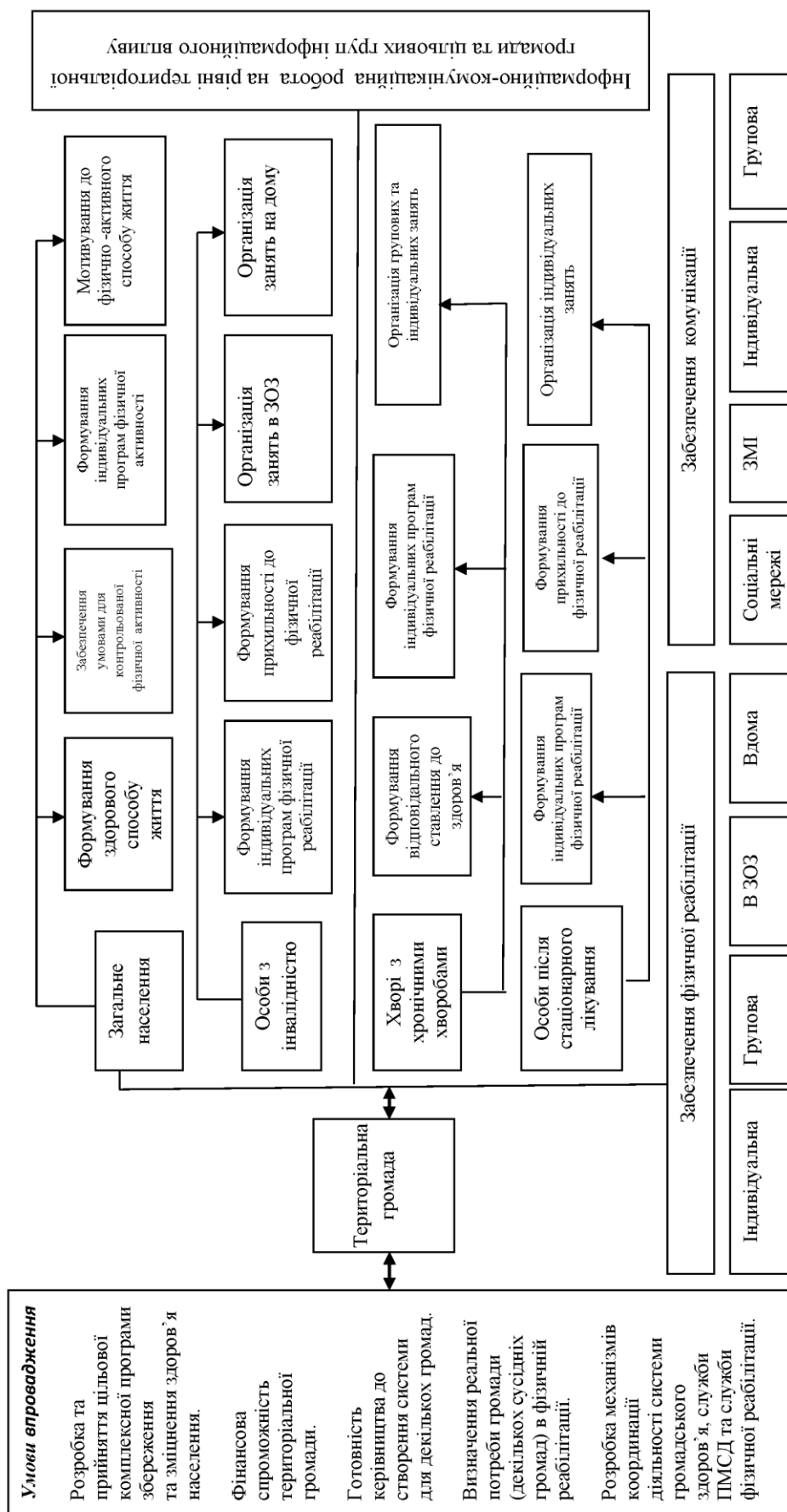


Рис. 2. Функціонально-організаційна модель забезпечення населення територіальної громади доступною та ефективною допомогою з фізичної активності та реабілітації

Література

1. Семигіна Т. Політика охорони громадського здоров'я: погляд на практику крізь призму філософських ідей [Електронний ресурс]. Електронний архів Національного університету "Києво-Могилянська академія". URL: http://ekmair.ukma.edu.ua/bitstream/handle/123456789/804/Semyhina_Polityka%20okhorony%20hromadskoho.pdf?sequence=1&isAllowed=y (дата звернення: 10 травня 2022).
2. Білак-Лук'янчук В.Й., Слабкий Г.О., Миронюк І.С. та інші. Характеристика ключових компетенцій спеціалістів по забезпеченню послуг громадського здоров'я. Матеріали 74-ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького складу УжНУ. Факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки. Ужгород. 25 лютого 2020. – С. 63.
3. Про схвалення Концепції розвитку системи громадського здоров'я: розпорядження КМУ від 30 листопада 2016 р. № 1002-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1002-2016-%D1%80#n8> (дата звернення: 10 травня 2022).
4. Про утворення державної установи "Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України: наказ МОЗ України від 18.09.2015 № 604. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0604282-15> (дата звернення: 10 травня 2022).
5. Про затвердження стандарту вищої освіти за спеціальністю 229 «Громадське здоров'я» для другого (магістерського) рівня вищої освіти: наказ МОН України від 12.12.2018 № 1383. URL: <https://mon.gov.ua/storage/app/media/vishcha-osvita/zatverdzeni%20standarty/12/21/229-gromadske-zdorovya-magistr.pdf> (звернення: 11 травня 2022).
6. Про схвалення Концепції реформування місцевого самоврядування та територіальної організації влади в Україні: розпорядження Кабінету Міністрів України від 1 квітня 2014 р. № 333-р. Офіційний портал Верховної Ради України. URL: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/333-2014-%D1%80>. (дата звернення: 11 травня 2022).
7. Про затвердження Методики формування спроможних територіальних громад: постанова Кабінету Міністрів України від 8 квітня 2015 року № 214. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/214-2015-%D0%BF#Text> (дата звернення: 11 травня 2022).
8. Миронюк І.С., Слабкий Г.О., Шафранський В.В., Брич В.В., Білак-Лук'янчук В.Й. Територіальні громади як базовий рівень забезпечення зміцнення та збереження здоров'я населення. Україна. Здоров'я нації. 2021. №4 (66). С. 57-62.
9. Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я: Закон України від 3 грудня 2020 року № 1053-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text>. (дата звернення: 11 травня 2022).
10. Про внесення змін до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 "Охорона здоров'я": наказ МОЗ України від 13 грудня 2018 року N 2331. URL: https://moz.gov.ua/uploads/1/9223-dn_20181213_2331.pdf (дата звернення: 11 травня 2022).
11. European action plan for strengthening public health capacities and services. Copenhagen. WHO Regional Office for Europe. 2012. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/171770/RC62wd12rev1-Eng.pdf (дата звернення: 14 травня 2022).
12. Acheson D. Public health in England: the report of the Committee of Inquiry into the Future Development of the Public Health Function. London, H. M. Stationery Office, 1988.
13. Слабкий Г.О., Миронюк В.І., Качала Л.О. Система громадського здоров'я: бачення Всесвітньої організації охорони здоров'я. Основні оперативні функції громадського здоров'я та їх зміст. Україна. Здоров'я нації. 2017. №3 (44). С. 24–31.
14. Системы здравоохранения – здоровье – благосостояние: Европейская министерская конференция ВОЗ по системам здравоохранения: Таллинн, Эстония, 25–27 июня 2008 г.: отчет. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2009. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/78951/E92150R.pdf. (дата звернення: 16 травня 2022).
15. Bloom DE et al. The global economic burden of noncommunicable diseases. Geneva, World Economic Forum, 2011. URL: http://www3.weforum.org/docs/WEF_Harvard_HE_GlobalEconomicBurdenNonCommunicableDiseases_2011.pdf. (дата звернення: 16 травня 2022).
16. Показатели смертности в разбивке по 67 причинам смерти, возрасту и полу (HFA-MDB) [онлайновая база данных]. Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2011. URL: <http://www.euro.who.int/ru/what-we-do/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database-hfadb2>. (дата звернення: 16 травня 2022).
17. Suhrcke M et al. Chronic disease: an economic perspective. London, Oxford Health Alliance 2006.
18. Знаменська М.А., Слабкий Г.О. Аналіз захворюваності та поширеності хвороб серед населення України. Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина. Т. V, № 3(17), 2015. С.24-29.
19. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2008 г. Первичная медико-санитарная помощь – сегодня актуальнее, чем когда-либо. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2008. URL: http://www.who.int/whr/2008/whr08_ru.pdf (дата звернення: 16 травня 2022).
20. Первинна медико-санітарна допомога/сімейна медицина. За ред. В.М. Князевича. Міністерство охорони здоров'я України. К., 2009. 289 с.

21. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2016 рік. МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». Київ, 2017. 516 с.

References

1. Semyhina T. Polityka okhorony hromadskoho zdorovia: pohliad na praktyku kriz pryzmu filosofskykh idei [Elektronnyi resurs]. Elektronnyi arkhiv Natsionalnoho universytetu "Kyievo-Mohylianska akademiia". URL: http://ekmair.ukma.edu.ua/bitstream/handle/123456789/804/Semyhina_Polityka%20okhorony%20hromadskoho.pdf?sequence=1&isAllowed=y (data zvernennia: 10 travnia 2022).
2. Bilak-Lukianchuk V.I., Slabkyi H.O., Myroniuk I.S. ta inshi. Kharakterystyka kliuchovykh kompetentsii spetsialistiv po zabezpechenniu posluh hromadskoho zdorovia. Materialy 74-yi pidsumkovoї naukovoї konferentsii profesorsko-vykladatskoho skladu UzhNU . Fakultet pisliadyplomnoi osvity ta douniversytetskoї pidhotovky. Uzhhorod. 25 liutoho 2020. – S. 63.
3. Pro skhvalennia Kontseptsii rozvytku systemy hromadskoho zdorovia: rozporiadzhennia KMU vid 30 lystopada 2016 r. № 1002-r. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1002-2016-%D1%80#n8> (data zvernennia: 10 travnia 2022).
4. Pro utvorennia derzhavnoi ustanovy "Tsentri hromadskoho zdorovia Ministerstva okhorony zdorovia Ukrainy: nakaz MOZ Ukrainy vid 18.09.2015 № 604. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0604282-15> (zvernennia: 10 travnia 2022).
5. Pro zatverdzhennia standartu vyshchoi osvity za spetsialnistiu 229 «Hromadske zdorovia» dlia druhoho (mahisterskoho) rivnia vyshchoi osvity: vykaz MON Ukrainy vid 12.12.2018 № 1383. URL: <https://mon.gov.ua/storage/app/media/vishcha-osvita/zatverdzeni%20standarty/12/21/229-gromadske-zdorovya-magistr.pdf> (zvernennia: 11 travnia 2022).
6. Pro skhvalennia Kontseptsii reformuvannia mistsevoho samovriaduvannia ta terytorialnoi orhanizatsii vlady v Ukraini: rozporiadzhennia Kabinetu Ministriv Ukrainy vid 1 kvitnia 2014 r. № 333-r. Ofitsiinyi portal Verkhovnoi Rady Ukrainy. URL: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/333-2014-%D1%80>. (data zvernennia: 11 travnia 2022).
7. Pro zatverdzhennia Metodyky formuvannia spromozhnykh terytorialnykh hromad: postanova Kabinetu Ministriv Ukrainy vid 8 kvitnia 2015 roku № 214. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/214-2015-%D0%BF#Text> (data zvernennia: 11 travnia 2022).
8. Myroniuk I.S., Slabkyi H.O., Shafranskiy V.V., Brych V.V., Bilak-Lukianchuk V.I. Terytorialni hromady yak bazovi riven zabezpechennia zmitsnennia ta zberezhenia zdorovia naseleння. Ukraina. Zdorovia natsii. 2021. №4 (66). S. 57-62.
9. Pro rehabilitatsiiu u sferi okhorony zdorovia: Zakon Ukrainy vid 3 hrudnia 2020 roku № 1053-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text>. (data zvernennia: 11 travnia 2022).
10. Pro vnesennia zmin do Dovidnyka kvalifikatsiinykh kharakterystyk profesii pratsivnykiv. Vypusk 78 "Okhorona zdorovia": nakaz MOZ Ukrainy vid 13 hrudnia 2018 roku N 2331. URL: https://moz.gov.ua/uploads/1/9223-dn_20181213_2331.pdf (data zvernennia: 11 travnia 2022).
11. European action plan for strengthening public health capacities and services. Copenhagen. WHO Regional Office for Europe. 2012. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/171770/RC62wd12rev1-Eng.pdf (data zvernennia: 14 travnya 2022).
12. Acheson D. Public health in England: the report of the Committee of Inquiry into the Future Development of the Public Health Function. London, H. M. Stationery Office, 1988.
13. Slabkyi H.O., Myroniuk V.I., Kachala L.O. Systema hromadskoho zdorovia: bachennia Vsesvitnoi orhanizatsii okhorony zdorovia. Osnovni operativni funktsii hromadskoho zdorovia ta yikh zmist. Ukraina. Zdorovia natsii. 2017. №3 (44). S. 24–31.
14. Sistemy zdavoohraneniya – zdorov'e – blagosostoyanie: Evropejskaya ministerskaya konferenciya VOZ po sistemam zdavoohraneniya: Tallinn, Estoniya, 25–27 iyunya 2008 g.: otchet. Kopenhagen, Evropejskoe regional'noe byuro VOZ, 2009. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/78951/E92150R.pdf. (zvernennia: 16 travnya 2022).
15. Bloom DE et al. The global economic burden of noncommunicable diseases. Geneva, World Economic Forum, 2011. URL: http://www3.weforum.org/docs/WEF_Harvard_HE_GlobalEconomicBurdenNonCommunicableDiseases_2011.pdf (data zvernennia: 16 travnya 2022).
16. Pokazateli smertnosti v razbivke po 67 prichinam smerti, vozrastu i polu (HFA-MDB) [onlajnovaya baza dannyh]. Kopenhagen, Evropejskoe regional'noe byuro VOZ, 2011. URL: <http://www.euro.who.int/ru/what-we-do/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database-hfad2>. (data zvernennia: 16 travnya 2022).
17. Suhrcke M e al. Chronic disease: an economic perspective. London, Oxford Health Alliance 2006.
18. Znamenska M.A., Slabkyi H.O. Analiz zakhvoriuvanosti ta poshyrenosti khvorob sered naseleння Ukrainy. Neonatolohiia, khirurhiia ta perynatalna medytsyna. T. V, № 3(17), 2015. S.24-29.
19. Doklad o sostoyanii zdavoohraneniya v mire, 2008g. Pervichnaya mediko-sanitarnaya pomoshch' – segodnya aktual'nee, chem kogda-libo. Zheneva, Vsemirnaya organizatsiya zdavoohraneniya, 2008. URL: http://www.who.int/whr/2008/whr08_ru.pdf (data zvernennia: 16 travnya 2022).
20. Pervynna medyko-sanitarna dopomoha/simeina medytsyna. Za red. V.M. Kniazevycha. Ministerstvo okhorony zdorovia Ukrainy. K., 2009. 289 s.

21. Shchorichna dopovid pro stan zdorovia naseleння, sanitarno-epidemichnu sytuatsiiu ta rezultaty diialnosti systemy okhorony zdorovia Ukrainy. 2016 rik. MOZ Ukrainy, DU «UISD MOZ Ukrainy». Kyiv, 2017. 516 s.

Дата надходження рукопису до редакції: 31.05.2022 р.

Мета дослідження: представити концептуальні підходи до забезпечення реабілітації в рамках системи громадського здоров'я на територіальному рівні.

Матеріали та методи. Методи: бібліосемантичний, структурно-логічного аналізу. Матеріали: законодавчі акти з розвитку системи громадського здоров'я та реабілітації.

Результати. Представлено концептуальні підходи до забезпечення реабілітації в рамках системи громадського здоров'я на територіальному рівні.

Висновки. Розвиток заходів реабілітації на рівні територіальних громад забезпечить збереження та зміцнення громадського здоров'я населення.

Ключові слова: територіальні громади, громадське здоров'я, реабілітація, розвиток.

Goal of research: to present conceptual approaches to ensuring rehabilitation within the framework of the public health system at the territorial level.

Materials and methods. Methods: bibliosemantic, of structural-and-logical analysis. Materials: legislative documents on the development of the public health and rehabilitation system.

Results. Conceptual approaches to ensuring rehabilitation within the framework of the public health system at the territorial level are presented.

Conclusions. The development of rehabilitation measures at the level of territorial communities will ensure the preservation and strengthening of public health of the population.

Key words: territorial communities, public health, rehabilitation, development.

Відомості про автора

Слабкий Геннадій Олексійович – д.мед.н., проф., завідувач кафедри наук про здоров'я факультету здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.
g.slabkiy@ukr.net.

Лепканич А.О., Миронюк І.С.

Особливості та структура залученості до мережі Інтернет студентської молоді різних курсів навчання в умовах карантинних обмежень

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

Lepkanych A.O., Myronyuk I.S.

Features and structure of different courses students' involvement in the Internet usage in the conditions of quarantine restrictions

Uzhhorod National University,
Uzhhorod, Ukraine

anna.lepkanych@uzhnu.edu.ua

Вступ

У сучасних умовах інтенсивно відбувається інформатизація навчального процесу в закладах вищої освіти України. Широка комп'ютеризація та «інтернетизація» суспільства не минули стороною і систему освіти усіх рівнів. Сучасні інформаційно-комунікаційні, комп'ютерні, електронні, цифрові та Інтернет-технології інтенсивно впроваджуються в навчально-виховний процес. Особливо яскраво на фоні інтенсивного розвитку сучасних технологій виділяється роль глобальної мережі Інтернет і студентська молодь є активним користувачем ресурсів та технологій Інтернет-середовища. Розвиток онлайн-технологій обміну інформацією відкрив нові перспективи удосконалення освітнього процесу, традиційні методи навчання доповнюються новими сучасними формами і методами навчання на основі використання Інтернету, електронно-комп'ютерних мереж і телекомунікаційних засобів. Останні роки найбільш розповсюдженою формою організації освітнього процесу стала саме дистанційна або змішана форма навчання. Вплив Інтернету на сучасну студентську молодь з кожним днем стає все більш помітним і безпосередньо впливає як на міжособистісні стосунки, життєвий простір, так і на навчально-освітній процес [1].

Незважаючи на поширену критику та наявні недоліки, дистанційне навчання досить швидко зайняло значну частку на ринку сучасної освіти. Вчені можуть дискутувати з приводу переваг та недоліків дистанційної освіти та її різновидів, однак, цей вид навчання виявився досить дієвим в умовах глобальних викликів.

На сучасному етапі розвитку науки, досить важливим є розуміння основних переваг дистанційної освіти та пошук засобів нівелювання її недоліків задля впровадження новітньої глобальної парадигми «безперервної освіти» [2].

Сучасне інформаційне суспільство висуває такі основні вимоги до системи освіти, як: формування у студента вміння самостійно знаходити, накопичувати та переосмислювати наукові знання, а також самостійно

орієнтуватися у сучасному інформаційному суспільстві [3]. В свою чергу студенти цифрового покоління: використовують Інтернет для отримання практично всього, що їх цікавить; дивляться виключно те, що вибирають самі; можуть достатньо швидко освоїти будь-яку програму, перенасичені емоційними та візуальними образами, гірше сприймають текстову інформацію [4].

Метою дослідження є визначення рівня та структури залученості до віртуального простору мережі Інтернет студентської молоді в залежності від року навчання здобувача освіти в період дистанційного навчання в умовах карантинних обмежень.

Матеріали та методи

Для досягнення поставленої мети було використано метод спеціального соціологічного дослідження, медико-статистичний та метод порівняльного аналізу. Основою став метод анонімного опитування з використанням оригінальної анкети, сформованої у сервісі Google-форми. Власне опитувальник містив 15 закритих питань з варіантами відповіді, які були розділені умовно на два блоки: блок питань соціально-демографічної характеристики респондентів та блок питань для оцінки щоденної залученості опитаних до роботи у мережі Інтернет (в годинах на добу) у різні періоди навчання в умовах карантинних обмежень різного рівня, зумовлених епідемією COVID-19. Цільова група дослідження – студенти Державного вищого навчального закладу «Ужгородський національний університет» денної форми навчання. Опитування проводилося серед студентів п'яти факультетів шляхом розсилання анкети сформованої за допомогою Google-форми через корпоративні електронні адреси. Розсилання анкет відбулося здобувачам освіти усіх курсів навчання факультетів. Опитування відбувалося в період тимчасового дистанційного навчання в умовах суворих карантинних обмежень: протягом другого тижня листопаду 2021 року. Обробка результатів дослідження проводилася з використанням пакету прикладних програм MS Office 2010 [5].

Результати дослідження та їх обговорення

В результаті проведеного соціологічного дослідження було отримано заповнені опитувальники від 523 здобувачів освіти, серед яких більшість склали особи жіночої статі – 353 студентки, що склало 67,5% респондентів. Загалом у дослідженні представлені представники усіх курсів навчання, хоча частка студентів молодших курсів серед тих, хто надав відповідь на запропоновану анкету переважає. Так, за результатами розподілу респондентів на відповідні групи дослідження за курсами навчання нами було сформовано три групи для

дослідження. I група об'єднала в собі студентів 1-го та 2-го року навчання, II група – включає в себе студентів які навчаються на 3–4 курсі, III група – респонденти старших курсів, а саме студентська молодь, яка навчається в магістратурі. В результаті I група дослідження складає 353 респондента (67,5% опитаних), серед яких 247 це студентки (69,9%), хлопців в даній групі 106 (30,1%), II група опитуваних складає 150 осіб (28,7% від опитаних), з яких 93 учасника – жінки (62%) і 57 – чоловіки (38%). Найменша група в результаті дослідження це група III, до якої увійшло 20 осіб (3,8%), де також переважали дівчата – 13 осіб, що склало 65% представників цієї групи (табл. 1).

Таблиця 1. Розподіл респондентів на групи дослідження за статтю

Стать	Група I (1-2 курс)		Група II (3-4 курс)		Група III (1-2 курс Магістр)		Всього	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Чоловіки	106	30,1	57	38	7	35	170	32,5
Жінки	247	69,9	93	62	13	65	353	67,5
Разом	353	100	150	100	20	100	523	100

Як представлено в табл. 1, більш соціально активними під час опитування виявилися студенти групи I (здобувачі освіти молодших курсів, віком від 17–19 років) та студенти жіночої статі. В той же час, розподіл за статтю респондентів в групах суттєво не відрізняється (табл. 1).

Для досягнення мети дослідження нами окремо було проаналізовано відповіді респондентів на питання щоденного кредиту часу, який проводять опитані в мережі Інтернет («Скільки часу проводите за інтернетом під час дистанційного навчання?») та структуру активностей в мережі («Найбільше часу в інтернеті витрачаєте на: Робота/навчання; Розваги/спілкування в соціальних мережах; Інше»).

За результатами аналізу відповідей на запитання щодо щоденних витрат часу на перебування в мережі Інтернет нами було використано принцип групування респондентів, застосований у інших наших дослідженнях [5]. Отже, за витратами часу в мережі Інтернет було сформовано три основні групи, де група №1 «низька залученість до Інтернету» – це ті респонденти, які вказали, що проводять менше однієї години або 2–3 години на добу в мережі Інтернет, група № 2 «середня залученість до Інтернету» – 4–6 годин на добу та група № 3 «висока залученість до Інтернету» – більше 7 годин на добу. Результати розподілу представників трьох груп дослідження за групами витрат часу в мережі Інтернет наведено в таблиці 2.

Таблиця 2. Розподіл респондентів груп дослідження за групами щоденних витрат часу в мережі Інтернет під час дистанційного навчання

Групи дослідження	Групи витрат часу в мережі Інтернет на добу					
	Група №1 (до 3 годин)		Група №2 (4-6 годин)		Група №3 (більше 7 годин)	
	n	%	n	%	n	%
Група I (n=353)	40	11,3	167	47,3	146	41,3
Група II (n=150)	12	8	64	42,7	74	49,3
Група III (n=20)	2	10	14	70	4	20
Всього (N=523)	54	10,3	245	46,8	224	42,8

Згідно відповідей респондентів, серед студентської молоді груп дослідження лише близько 10% витрачають час в мережі Інтернет під час дистанційного навчання до 3-х годин на добу (від 8% серед старшокурсників бакалаврату до 11,3% студентів молодших курсів). Від 4 до 6 годин щоденно витрачають на перебування в мережі Інтернет трохи менше половини представників I та II груп дослідження (47,3% та 42,7%, відповідно). Звертає на себе увагу, що значна частка студентів як молодших, так і

старших курсів бакалаврату (41,3% та 49,3%) під час дистанційного навчання щоденно перебувають в мережі Інтернет більше 7 годин. Загалом, студентська молодь старших курсів, а саме магістри, є менш інтернет-залучені під час дистанційного навчання, ніж студентська молодь молодших курсів. Отриманні дані важливо оцінити з точки зору відповіді на питання щодо видів діяльності в мережі Інтернет студентської молоді груп дослідження під час дистанційного навчання.

Тому наступний етап дослідження був присвячений аналізу структури активностей в мережі Інтернет здобувачів освіти під час дистанційного навчання. На етапі планування дослідження розглядалась гіпотеза, що в період дистанційного навчання найбільший кредит часу в

мережі Інтернет студентів буде виділено саме на навчання та роботу. В результаті дана гіпотеза підтвердилася, хоча нами відмічено відмінності в групах дослідження в залежності від курсу навчання опитаних здобувачів освіти (табл. 3).

Таблиця 3. Розподіл респондентів груп дослідження за відповідями на питання щодо переважних витрат часу за видами активності в мережі Інтернет під час дистанційного навчання

Групи дослідження	Основні активності за обсягом витрат часу (годин) на добу в мережі Інтернет					
	переважає «Робота/навчання»		Переважає «Розваги/спілкування в соціальних мережах»		переважає «Інше»	
	п	%	п	%	п	%
Група I (n=353)	218	61,8	101	28,6	34	9,6
Група II (n=150)	103	68,6	32	21,3	15	10
Група III (n=20)	14	70	4	20	2	10
Всього (N=523)	335	64,1	137	26,2	51	9,8

Загалом структура основних витрат часу в мережі Інтернет в усіх групах дослідження є ідентичною. Так, більшість опитаних визначають основним видом діяльності в мережі Інтернет під час дистанційного навчання саме навчання або роботу (335 респондентів, 64,1% опитаних). Перевагу розвагам або спілкуванню в соціальних мережах надають 26,2% опитаних здобувачів освіти. Звертає на себе увагу, що частка студентів, які визначають пріоритетним навчання або роботу зростає в залежності від курсу навчання (від 61,8% опитаних студентів молодших курсів до 70% серед студентів магістерських програм). З цією ж закономірністю спостерігається зменшення пріоритетності витрат часу на розваги і спілкування в соціальних мережах (табл. 3).

Перспективи подальших досліджень полягають у аналізі інтернет-залученості під час суворих карантинних обмежень в період дистанційного навчання та вплив карантинних обмежень на стан здоров'я студентської молоді в період дистанційного навчання.

Висновки

Проаналізувавши все вище сказане можна зробити наступні висновки: як показали результати дослідження більш соціально активними під час дистанційного навчання та карантинних обмежень виявилися студенти молодших курсів, а саме дівчата – здобувачі освітнього ступеня бакалавр (67,5% осіб, що прийняли участь в дослідженні). Загалом, студентська молодь старших курсів – магістри є менш залучені до перебування в мережі Інтернет у період дистанційного навчання, ніж студенти молодших курсів, а саме бакалаврату: лише 20% студентів магістерських програм щоденно перебувають в мережі інтернет 7 і більше годин, серед студентів бакалаврату таких від 41,3% серед представників молодших курсів до 49,3% старших курсів. Гіпотеза, яка розглядалась щодо переважання витрат часу в мережі Інтернет в період суворих карантинних обмежень студентської молоді на навчання та роботу підтвердилася – це відмітили 64,1% опитаних (335 респондентів). Слід визнати що кількість студентів, які визначають пріоритетним навчання або роботу в мережі Інтернет зростає в залежності від курсу навчання.

Література

1. Ржевський Г.М. Вплив інтернет-середовища на навчальну діяльність студентської молоді в сучасних умовах. Вісник університету імені Альфреда Нобеля. Серія «ПЕДАГОГІКА І ПСИХОЛОГІЯ». ПЕДАГОГІЧНІ НАУКИ. 2018. № 1 (15): С. 48-55.
2. Рахімова О. К. Дистанційне навчання: переваги і недоліки. Актуальні проблеми філології та методики викладання іноземних мов у сучасному мультилінгвальному просторі: збірник матеріалів Всеукраїнської науково-практичної конференції. Вінниця, 2020. С. 157-158.
3. Опанасенко В. Дистанційне навчання як шлях модернізації системи вищої освіти України. Дидаскал. 2017; № 17: С. 284-289.
4. Рибалко О.В., Твердохлебова А.С. Особливості онлайн-навчання студентів. Інформаційні технології: наука, техніка, технологія, освіта, здоров'я. 2017; Ч. III: С. 75.
5. Лепканич А.О., Миронюк І.С. Оцінка рівня залученості до інтернету студентської молоді в період карантинних обмежень, пов'язаних з пандемією COVID-19. Україна. Здоров'я нації. 2022; №1 (67): С. 22-26.

References

1. Rzhhevskiy H.M. Vplyv internet-seredovyshcha na navchalnu diialnist studentskoi molodi v suchasnykh umovakh. Visnyk universytetu imeni Alfreda Nobelia. Seriya «PEDAGOGIKA I PSYKHOLOGIYA». PEDAGOGICHNI NAUKY. 2018. № 1 (15): S. 48-55.
2. Rakhimova O. K. Dystantsiine navchannia: perevahy i nedoliky. Aktualni problemy filologii ta metodyky vykladannia inozemnykh mov u suchasnomu multylinhvalnomu prostori: zbirnyk materialiv Vseukrainskoi naukovopraktychnoi konferentsii. Vinnytsia, 2020. S. 157-158.
3. Opanasenko V. Dystantsiine navchannia yak shliakh modernizatsii systemy vyshchoi osvity Ukrainy. Dydaskal. 2017; № 17: S. 284-289.
4. Rybalko O.V., Tverdokhliebova A.S. Osoblyvosti onlain-navchannia studentiv. Informatsiini tekhnologii: nauka, tekhnika, tekhnologii, osvita, zdorov'ia. 2017; Ch. III: S. 75.
5. Lepkanych A.O., Myroniuk I.S. Otsinka rivnia zaluchenosti do internetu studentskoi molodi v period karantynnykh obmezhen, poviazanykh z pandemiieiu COVID-19. Ukraina. Zdorovia natsii. 2022; №1 (67): S. 22-26.

Дата надходження рукопису до редакції: 11.05.2022 р.

Метою дослідження є визначення рівня та структури залученості до віртуального простору мережі Інтернет студентської молоді в залежності від року навчання здобувача освіти в період дистанційного навчання в умовах карантинних обмежень

Матеріали та методи. Використано метод спеціального соціологічного дослідження, медико-статистичний та метод порівняльного аналізу. Основою став метод анонімного опитування з використанням оригінальної анкети, сформованої у сервісі Google-форми, студентів ДВНЗ «УжНУ» очної форми навчання.

Результати. Серед студентської молоді лише близько 10% витрачають час в мережі Інтернет під час дистанційного навчання до 3-х годин на добу), від 4 до 6 годин щоденно витрачають на перебування в мережі Інтернет трохи менше половини представників студентів бакалаврату молодших і старших курсів (47,3 та 42,7%, відповідно). Звертає на себе увагу, що значна частка студентів як молодших, так і старших курсів бакалаврату (41,3 та 49,3%) під час дистанційного навчання щоденно перебувають в мережі Інтернет більше 7 годин. Лише 20% студентів магістерських програм щоденно перебувають в мережі інтернет 7 і більше годин. Структура основних витрат часу в мережі Інтернет в усіх групах дослідження є ідентичною. Так, більшість опитаних визначають основним видом діяльності в мережі Інтернет під час дистанційного навчання саме навчання або роботу (335 респондентів, 64,1% опитаних) і частка таких зростає в залежності від курсу навчання.

Висновки. Рівень залученості до перебування в мережі Інтернет під час дистанційного навчання має відмінності в залежності від курсу навчання опитаних здобувачів освіти, у студентів старших курсів він нижче. Структура основних витрат часу в мережі Інтернет в респондентів усіх курсів навчання є ідентичною. Більшість опитаних визначають основним видом діяльності в мережі Інтернет під час дистанційного навчання навчання або роботу.

Ключові слова: студентська молодь, дистанційне навчання, залученість до мережі Інтернет.

The purpose of the study is to determine the level and structure of the student youth's involvement in the virtual space of the Internet depending on the year of study of the applicants within the period of distance learning in quarantine restrictions

Materials and methods. The method of special sociological research, the medical-statistical and the method of comparative analysis have been used in the study. The basic method which lies in the study is the method of anonymous survey of full time students using the original questionnaire, formed in the service of Google-form.

Results. Among the surveyed students, only about 10% spend up to 3 hours per day using the Internet during distance learning), the undergraduate students of junior and senior courses spend from 4 to 6 hour (that makes up a little less than half, 47.3 and 42.7%, respectively). We must admit that a significant proportion of undergraduate and graduate students (41.3 and 49.3%) spend more than 7 hours a day on the Internet during distance learning. Only 20% of master degree students spend 7 hours or more online every day. The structure of the amount of time spent on the Internet is identical among all study groups of students. Thus, the majority of respondents point out that the main type of activities performed online during distance learning is either studying or work (335 respondents, 64.1% of respondents) and the quantity is growing depending on the course of study.

Conclusions. The level of involvement in the Internet network during distance learning varies depending on the course of study of the surveyed students; it is lower among undergraduate students. The structure of the amount of time spent on the Internet for respondents of all courses is identical. The majority of respondents single out work and studying as the main activities performed online.

Key words: student youth, distance learning, involvement in the Internet.

Конфлікт інтересів: відсутній.
Conflicts of interest: absent.

Відомості про авторів

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

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

Vansač P., Guľašová M.

Therapeutic treatment of patients in palliative care during the Covid 19 pandemic

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

Вансач П., Гуляшова М.

Терапевтичне лікування пацієнтів з паліативної допомоги під час пандемії COVID-19

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

vansac.p@gmail.com, mgulasova9@gmail.com

Introduction

The health status of patients in palliative and hospice care is very serious and their deep suffering manifests in various dimensions – physical, mental, emotional, social, and spiritual. During the COVID-19 pandemic, patients' fears and worries related to this disease and to isolation from their family members intensified. Mostly the first wave of the pandemic at the beginning of March 2020 was characteristic of misunderstanding and extreme worries about the negative impact of the hitherto unknown COVID-19 virus, and uncontrollable human behaviour. In this context, there is an opening space for dialogue that could productively re-enter the game using direct connection to therapeutic treatment in palliative and hospice areas. We should open space for dialogue with the ones with whom we share the same humanity, threats, fears and worries. In addition to the fact that the dialogue may help to address the current value crisis, it is also an important means of spiritual accompaniment, which forms an essential part of caring for palliative patients. For this reason, one of the most important purposes of this research is to address people who work in palliative wards and hospices in various positions. This purpose is followed by the aim of our research, which is to find out how often and in what form did the workers provide therapeutic treatment to patients in hospice/palliative care patients during the COVID-19 pandemic.

Hospice and palliative care Hospice care is regulated under Article 7 par. 4 c) of Act No. 578/2004 Coll. on Healthcare providers, health workers and professional organizations in health, amending certain acts, a separate regulation of institutional health care. Under this Act, hospices guarantee patients that they will not suffer unbearable pain, that their human dignity will always be respected, and that they will not be left alone in the last moments of their lives [2].

Palliative care (WHO, 2002) is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problems associated with a life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain

and other problems, physical, psychosocial, and spiritual. Palliative care involves health care provided by doctors (diagnosis and treatment), nursing care, rehabilitation, psychological care, medical-pedagogical care – for children, spiritual care, and social counselling. [2].

Aim. The general objective of this research is to map therapeutic treatment in hospices and palliative care wards during the COVID-19 pandemic.

The partial objectives of this research are to discover:

How often did hospice/palliative care workers provide therapeutic treatment that involved:

1. staying near the patient's bed – staying silent when the client is silent,
2. having contact with the patient – based on basal stimulation,
3. providing information to the patient on spirituality topics,
4. conducting supportive conversation with the patient with negative emotions – depression, anxiety and crying,
5. conducting counselling conversation with the patient – the issue of partner, family, and generational relationships,
6. conducting therapeutic conversation with the patient – on existential topics about the meaning of life, suffering and death, considering the gender, age, job classification and the length of employment in the hospice/palliative ward.

Research methods

To obtain the necessary information we used the existing available scientific literature and a non-standardized questionnaire. The questionnaire consisted of 12 questions. The first four questions were aimed at finding out information about the respondents regarding their age, gender, length of practical experience and their profession performed in the facility. The following 8 questions focused on the various forms of spiritual care that we monitored. The answers to these questions were designed in the form of the Likert scale: never – sometimes – often – always. The research sample consisted of 75 employees of hospices and palliative wards.

Interpretation of the results

We did not find any significant correlations between nominal variables (gender, age, employee status, length of practical experience), therefore we are not reporting their evaluation.

RQ No. 3 How often did the hospice/palliative care workers provide spiritual care that involved providing information to the patient on spiritual topics, considering their age?

In research question No. 3, we wanted to find out how often the hospice/palliative care workers provided spiritual care that involved providing information to the patient on

spiritual topics, considering their age. The significant correlation coefficient 0.312 indicates that we found a positive relation in the sample – the tendency to provide information on spirituality increases with the age of employees.

RQ No. 5 How often did the hospice/palliative care workers provide spiritual care that involved conducting counselling conversation with the patient – the issue of partner, family, and generational relationships, considering their age?

In research question No. 5, we found that the frequency of counselling conversations with the patient increases with the age of employees, which indicates a correlation coefficient of 0.282.

Table 1. Providing spiritual care that involved providing information on spiritual topics, considering their age

Age category	f	%	The tendency to provide information on spirituality increases with the age of the employee (answer No. 7)	0.312 sig. 0.06
20–25 years	8	10.7		
26–35 years	10	13.3		
36–45 years	26	34.7		
46–55 years	20	26.7		
56–65 years	11	14.7		

Source (here and after): own elaboration.

Table 2. Conducting counselling conversation – the issue of partner, family, and generational relationships, considering age

Age category	f	%	The tendency to conduct counselling conversations increases with the age of the employee (answer No. 9)	0.282 sig. 0.014
20–25 years	8	10.7		
26–35 years	10	13.3		
36–45 years	26	34.7		
46–55 years	20	26.7		
56–65 years	11	14.7		

Table 3. Significant correlations between two ordinal variables found using Spearman's correlation coefficient

Correlation of respondents' answers		Value
5. I stay near the patient's bed; I stay silent when the patient is silent	6. increases when using basal stimulation	0.297 sig.0.010
	7. increases with the tendency to provide information on spirituality	0.266 sig.0.021
	11. increases with the tendency to provide spiritual service	0.279 sig.0.015
	12. increases with the tendency to accompany the patient during a church service	0.321 sig.0.005
6. I have contact with the patient – based on basal stimulation	11. increases with the tendency to provide spiritual service	0.248 sig.0.032
7. I provide information to the patient on spiritual topics	9. increases with the tendency to conduct counselling conversation	0.305 sig.0.008
	10. increases in relation to the tendency to conduct therapeutic conversation with the patient – on existential topics about the meaning of life, suffering and death	0.385 sig.0.001
	11. increases in relation to the tendency to provide spiritual service	0.421 sig.0.000

8. I conduct supportive conversation with the patient with negative emotions – depression, anxiety and crying	9. increases with the tendency to conduct counselling conversation	0.318 sig.0.005
	10. increases with the tendency to conduct therapeutic conversation on existential topics about the meaning of life, suffering and death	0.355 sig.0.002
	11. increases with the tendency to provide spiritual service	0.312 sig.0.006
9. I conduct counselling conversation with the patient – on the issue of partner, family, and generational relationships	10. increases in relation to the tendency to conduct therapeutic conversation with the patient – on existential topics about the meaning of life, suffering and death	0.599 sig.0.000
10. I conduct therapeutic conversation with the patient – on existential topics about the meaning of life, suffering and death	11. increases with the willingness to provide spiritual service	0.338 sig.0.003

Discussion

Based on the research findings we can state that in the frequency always, often, sometimes, from the research sample of 75 respondents:

1. 66 respondents (88%) stayed near the patient's bed (staying silent when the client was silent) during the COVID-19 pandemic. According to Galbadage Thusara et al., COVID-19 causes social distancing and makes it impossible for the family members to visit patients in hospices or palliative wards. Hence, the presence of personnel near the patient's bed is extremely important. [7]

2. 65 (87%) respondents had contact with the patient – based on basal stimulation during the COVID-19 pandemic. Basal stimulation in the spiritual area is important, because it stimulates verbal and non-verbal communication to induce pleasant feelings and experiences on a sensory level (basal stimulation may involve, for example, favourite religious songs, photos, etc.)

3. 64 (85.4%) respondents provided information to the patient on spiritual topics during the COVID-19 pandemic. In their study, Novotná and Kala (2015) state that the assessment of spiritual needs should be performed after first establishing a relationship with the patient. For the assessment, we need to master the art of conducting conversation, having a personal interest in the patient and his or her life, and being aware that we cannot press on the patient and assume that we are entitled to such information. Anxiety, sadness, lack of hope, peace, love and forgiveness, losing the meaning of life in sickness, anger or unwillingness to cooperate are among the guiding elements for determining the problem in the spiritual area. In practice, however, the assessment of spiritual needs is neglected and considered a completely personal matter involving only the believing patients. [3]. In their study, Puchalski Christina et al. noted that appropriately trained staff can provide qualified spiritual support to patients and families. They recommend that staff complete training aimed at spirituality, active listening, sympathetic presence, prayer and sharing the sacred moment [4]. This topic relates to RQ No. 3, where we found that the tendency to provide information on spirituality increases with increasing age. The veracity of this finding lies in the fact that with increasing age more experience is gained in the spiritual field.

4. 65 respondents (87%) conducted supportive conversation with the patient with negative emotions – depression, anxiety and crying during the COVID-19 pandemic. In their study, Riahi Somayeh et al. state that the development of spiritual care provided by nurses and other personnel had positive results, i.e. increased patient satisfaction with care, decreased anxiety and depressive symptoms during hospitalization and generally improved quality of life. [5].

5. 73 respondents (97.4%) conducted counselling conversation with the patient – the issue of partner, family, and generational relationships during the COVID-19 pandemic. According to Downing Julia et al., counselling conversation is one of the non-pharmacological measures. The result of this conversation is better pain control, and positive thinking despite the pain and disease. [1]. This topic is associated with RQ No. 5, where we found that the frequency of the counselling conversation with the patient increases with the age of the employee, which indicates a correlation coefficient of 0.014.

6. 64 respondents (85.4%) conducted therapeutic conversation with the patient – on existential topics about the meaning of life, suffering and death during the COVID-19 pandemic. In their study, the authors Novotná and Kala point out that the most important aid in the spiritual area is talking to the patient. The sick often remain alone with their worries and fears, and most healthcare workers and relatives do not have the courage to start conversations about existential questions with them. [8]. In this case, it is very good if the conversation on existential topics is taken over by a priest who performs the Good Shepherd's service or the Good Samaritan service. [8].

Our research suggests the following recommendations for practice: We want to emphasize that it is very important to stay near the patient's bed and stay silent when the patient is silent. When applying this approach, personnel show interest in the patient. The Apostle Paul described a similar approach: "Rejoice with those who rejoice, weep with those who weep!" (Rom 12:15).

Regarding negative emotions, we found that 87% of personnel (always, often, sometimes) conducted supportive conversation. During the COVID-19 pandemic, patients needed to overcome the feeling of isolation. Supportive conversation as a strategy for managing loneliness and fear is extremely important. The authors of the study entitled Spiritual care in critically ill patients during the COVID-19 pandemic, Rocío De Diego-cordero, Lopez-Gómez, Lucchetti, Badanta (2021) state

that in Spain nurses were responsible for providing spiritual care to their patients. Although they generally believe that spirituality is important for treatment and helps patients to cope with the disease, they stated that they were not trained to handle this type of care. They also described work overload, a lack of time and training as the reasons for limited spiritual care. [6].

Conclusions

Spirituality has always been considered a basic dimension of hospice patient care, especially during the

COVID-19 pandemic. The results of our research support the role of therapy in hospices and palliative wards. We studied how often employees in the positions of nurse, hospital attendant, social worker, doctor, and priest provide therapeutic care to their patients. The results of the research showed that approximately 80% of employees provided therapeutic care during the first and second wave of the COVID-19 pandemic. The quality of the provided therapeutic care was not one of the objectives of this research. This field should be studied in other research studies since palliative care is a very important and popular topic.

References

1. Downing J. et al. Symptom Control at the End of Life in Children with COVID19 Infection. In De Lima L, Pettus K, Downing J, Connor S, Marston J (Eds), Palliative Care and COVID19 Series – Briefing Notes Compilation (pp. 39-43). Houston: (2020). IAHP Press.
2. Koncepcia zdravotnej starostlivosti v odbore paliatívna medicína vrátane hospicovej starostlivosti, č. 17463/OZS zo dňa 19. 6. 2006. [online]. [citované 2021-08-22] Dostupné na internete: <https://www.health.gov.sk>.
3. Novotná H., Kala M. Spirituální potřeby a jejich diagnostika v nemoci, In: Paliatívna medicína a liečba bolesti, 2015; 8(1e), s. 23 – 25, ISSN 1339-4193 (online).
4. Puchalski Ch. et al. Interprofessional Spiritual Care in the Time of COVID19. In De Lima L, Pettus K, Downing J, Connor S, Marston J (Eds), Palliative Care and COVID19 Series – Briefing Notes Compilation (pp. 29-33). Houston: (2020). IAHP Press.
5. Riahi Somayeh, Fateme Goudarzi, Shirin Hasanyand, Hasan Abdollahzadeh, Farzad Ebrahimzadeh, Zahra Dadvari. Assessing the Effect of Spiritual Intelligence Training on Spiritual Care Competency in Critical Care Nurses. Journal of Medicine and Life, 11(4), 346–354. <https://doi.org/10.25122/jml-2018-0056>.
6. Rocío de Diego-cordero, Lorena López-Gómez, Giancarlo Lucchetti, Bárbara Badanta. Spiritual care in critically ill patients during COVID-19 pandemic, Nursing Outlook, (2021), doi: <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2021.06.017>.
7. Thushara Galbadage, Brent M. Peterson, David C. Wang, Jeffrey S. Wang and Richard S. Gunasekera. (2020). Biopsychosocial and Spiritual Implications of Patients With COVID-19 Dying in Isolation. Front. Psychol. 11:588623. doi: 10.3389/fpsyg.2020.588623.
8. Vansač Peter. Duchovné sprevádzanie osôb s psychickými poruchami, In: Theologos. Prešov: GTF PU, 2015, roč. 17, č. 1/2015, s. 187-197.

Дата надходження рукопису до редакції: 20.04.2022 р.

The **aim** of the research was to find out in what form and how often a spiritual service was provided by the hospice/palliative team to patients during the COVID-19 pandemic.

Methods. In this research, we applied quantitative research strategies including descriptive statistics, and to respond to postulated research questions we used a non-parametric Spearman's correlation coefficient.

Results. The results of this research show that approximately 80% of hospice workers and palliative care workers who participated in our research provided spiritual care to patients in the following rates: always, often sometimes.

Conclusions. The results of this research showed that hospice and palliative workers did not leave patients without spiritual care. Further and very relevant research in the field of palliative care could be aimed at the level of quality of provided spiritual care.

Key words: spiritual accompaniment, COVID-19, patient, palliative care.

Метою дослідження було з'ясувати, у якій формі та як часто надавалась духовна служба хоспісною/паліативною командою пацієнтам під час пандемії COVID-19.

Методи. У цьому дослідженні ми застосували кількісні стратегії дослідження, включаючи описову статистику, а для відповіді на постульовані дослідницькі запитання ми використали непараметричний коефіцієнт кореляції Спірмена.

Результати. Результати цього дослідження показують, що приблизно 80% працівників хоспісів та паліативних працівників, які брали участь у нашому дослідженні, надавали духовну допомогу пацієнтам у таких темпах: завжди, часто іноді.

Висновки. Результати дослідження показали, що хоспісні та паліативні працівники не залишали пацієнтів без духовної допомоги. Подальші та дуже актуальні дослідження у сфері паліативної допомоги можуть бути спрямовані на рівень якості наданої духовної допомоги.

Ключові слова: духовний супровід, COVID-19, пацієнт, паліативна допомога.

Conflicts of interest: absent.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Відомості про авторів

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

vansac.p@gmail.com, ORCID ID 0000-0003-1007-9130.

Guľašová Monika – Associate Professor of Social Work, St. Elizabeth University of health and social work Bratislava, Institute of bl. M. D. Trčku, Michalovce; Slovakia.

mgulasova9@gmail.com, ORCID ID 0000-0001-7772-4072.

Sivák T.

The importance of health promotion assistants in public health

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

Сівак Т.

Значення асистентів з зміцнення здоров'я в громадському здоров'ї

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

sivak.vssvalzbety@gmail.com

Introduction

The Ministry of Health of the Slovak Republic has established a state contributory organization Healthy Regions, which employs health support assistants and coordinators of health support assistants in the Slovak Republic in excluded Roma communities. As a rule, health promotion assistants themselves come from these socially excluded communities in which they work. Marginalized Roma communities are also part of the public health system in Slovakia. Health promotion assistants work with people from Roma settlements, but also with doctors, hospital workers or other health professions, as mediators, with a view to the effective provision and use of public health services.

The **aim** of this contribution is to highlight the importance of health promotion assistants in the public health system. All people with no differences are part of the health system. Working with marginalised Roma communities has different specificities. People from Roma settlements are often not oriented in the health system. They lack relevant information with which to work effectively when using the services of the health system. Healthcare professionals have different communication skills with users of the health system. There are a lot of patients, paramedics shortages. The interventions of health promotion assistants are purposefully targeted at key areas. They help integrate marginalised Roma communities into the public health system. They help ensure acceptance of otherness in the health system.

List of interventions by health support assistants in the public health system

Healthy regions are a state contributory organization of the Ministry of Health of the Slovak Republic. The motto of Healthy Regions is that: "Caring for vulnerable groups is the key to the health of the whole of society". As further stated on the Healthy Regions website: "Our activities and activities focus on social determinants of health, which include health-related behaviours, material conditions, psycho-social factors, barriers to access to healthcare, health literacy and structural constraints – e.g. discrimination, racism, low level of education, related legislation...." [1].

Health education is one of the basic tasks of health promotion assistants and coordinators of health support

assistants in locations where marginalised Roma communities live. The 2018-2019 Annual Reports of Healthy Regions [2,3] show that the main objectives are:

- reducing barriers to access to healthcare (including increasing the availability of healthcare services and informing MRK residents in the field of health care and prevention);
- increasing health literacy (including raising awareness in the health care of MRK residents);
- improvement in health-related behaviour (in particular, reduction of lifestyle risk).

According to the scientific article: The demand for training in non-medical health professions is important that health care and its study are promoted more and more people are addressed. As the number of older people in the population increases worldwide and thus the higher rate of health complications, the need and demand of available health workers is also increasing at the same time [4].

5 general groups of interventions by health support assistants:

1. Support for preventive health programmes

This category of interventions focuses on compulsory vaccinations, preventive examinations, maternity counselling and, during the COVID-19 pandemic, vaccination against COVID-19. Field health support assistants invite clients for vaccinations, preventive examinations or maternity counselling in consultation and agreement with doctors. The important role of assistants is mainly in ensuring that clients complete these medical procedures with doctors at a set time. Clients come to compulsory vaccinations instructed by assistants on what vaccinations to undergo, what side effects can occur after vaccination and how clients should be prepared for these side effects. Preventive examinations form a large group of interventions in both children and adults. Regular preventive examinations, help doctors to monitor the health of clients continuously. They help to capture possible diseases at an early stage, and this contributes to saving public funds for possible more demanding treatment of clients. Health support assistants regularly communicate with the mothers of children invited by doctors to maternity counselling. The aim is to ensure the healthy development of children. For all these interventions, health support assistants use their communication skills, social relationships, and ties with

clients, as well as passing on information to them. The aim of health support assistants is to lead clients to autonomy, responsibility to their own health and the smooth running of the health system.

2. Cooperation with healthcare providers

In this category of intervention of health support assistants, it is about telephone and personal communication with general practitioners for adults, pediatricians, specialist doctors – specialists and hospitals. Health support assistants maintain regular personal or telephone chats with doctors. This is due to the regular exchange of information between doctors and assistants. Health support assistants work on the ground, right where the patients of the doctors live. They supervise adherence to treatment to be determined by doctors. They help people in the household to properly dispense drugs. Alternatively, if they are elderly or immobile people, health support assistants help them remove medicines from the pharmacy. An important task in this category of intervention for the health system is to order people for routine or specialized examinations at doctors. Health support assistants help communicate with doctors. Based on medical reports, doctors can pass on information from medical reports in a clear, comprehensible manner and order the client for the necessary examinations. The client is always present at such a telephone ordering and engages in communication with doctors and assistants. Assistants try to get clients to come to the doctor on the ordered appointment. The assistant can teach them how to prepare for a medical examination. Some medical examinations require not to eat or drink a lot of water before the examination, or people have to bring some biological sample with them. Assistants in this case have a big part in the fact that people come for medical examinations exactly on time and ready. Paramedics often communicate very professionally. The Health Support Assistant, if the client so wishes, can accompany him to the examinations and assist with mutual communication between the doctor and the patient.

3. Other cooperation

Here we count interventions relating to cooperation with other assisting professions or institutions and these include: local government, regional public health authority, community centres, field social work, emergency health service, etc.).

Health support assistants regularly work with field social workers and staff in community centres. All these assisting professions operate together in the same location. They have the same clients. They solve a complex of common problems. This cooperation helps all, but especially the people themselves, for whom these assisting professions operate in the localities. The important role of health promotion assistants lies in communicating with the regional public health authority. Cooperation with operational centre 112 is very important. It is an emergency hotline used as a rule by people who are in danger of life or cannot cope with their health at home on their own. However, the experience of paramedics suggests that these are often unreasonable calls or unfounded. Even often this is inaccurate information from people, and emergency services are also called to cases where people can

cope on their own. They did not take medications that they had or had the opportunity to go to the doctor on their own. Health promotion assistants seek to eliminate unauthorized trips by paramedics to marginalised Roma communities. They try to make regular enquiries about when to call the 112 emergency number and when they don't. When can people help themselves and how. When people can ask for help from a field assistant. It is different if the health support assistant calls the 112 emergency number. The assistant has experienced training based on which he/she knows the exact procedures of communication. He knows how to answer objective questions on the 112 emergency number. He knows the situation in which the client is located. He can monitor the client's health based on the instructions on the 112 emergency line. In the event of an acute deterioration, he knows he has to call the 112 emergency number again. The aim of these interventions is to reduce the unjustified exits of rescuers to marginalised Roma communities. This increases the chances that paramedics will be sent where there is a high risk to life. For example, in traffic accidents, fires, floods, or other events.

4. Direct assistance to clients

This group of interventions consists of interventions such as: measurement of blood pressure, first aid, treatment of minor injuries, accompanying for examination, area of health insurance, compensatory aids for disabled people, medicines, tele-medicine, and activities carried out in cooperation with the regional public health authority. Health support assistants have a pressure gauge at their disposal in the field. They use it at the request of a doctor and to measure blood pressure to clients who are treated for blood pressure. They write down the values of the measured blood pressure and the client consults the doctor for these values. Health support assistants have received training aimed at treating minor injuries or providing first aid. Treatment of minor injuries makes it possible to provide assistance to clients on the ground as soon as they need it. When providing first aid, health support assistants are perceived as the eyes and hands of paramedics. The assistant is a trained layman. He knows what to do and how to handle first aid until paramedics arrive. He needs a cell phone and call the 112 emergency number. The operator on the emergency line communicates with the health support assistant very quickly when saving the lives of clients in the field. He gives expert advice to the health support assistant, which has been explained to him in detail at training, and the assistant follows the agreed procedure and waits for paramedics to arrive. Tele-medicine is also an important part of the work of the Health Promotion Assistant. This has become particularly important during the COVID-19 pandemic. The elimination of patients in healthcare facilities was important, especially during the COVID-19 pandemic. Even then, however, people from marginalised communities had health problems that needed to be communicated directly with doctors. In this case, health support assistants helped, via telephone consultation or video calls between people from marginalised Roma communities and doctors. The assistant also had a mediation role in this case and helped in effective communication with doctors. At the same time, he helped explain to the client, everything the doctor said, in a simpler way.

5. Other activities

Health support assistants in the field also perform other activities. These include: charity activities, brigades, collections and other activities.

Pandemic COVID-19

The specific role of health support assistants was during the COVID-19 pandemic. According to the study (Attitudes of Roma Towards Quarantine and Restrictions Due to Spreading COVID-19 and their Impacts on Life in the Roma Settlement), which analysed the perception of the risks of the COVID-19 pandemic, as well as their attitudes to quarantine, emergency measures and flu vaccinations and their willingness to vaccinate with the COVID-19 vaccine Roma living in the Roma settlement of Žehra, it has been confirmed that that increasing roma's motivation to comply with the rules, restrictions and quarantine is not only about financial penalties and threats, but above all it is important to increase health and information literacy and their confidence in the authorities [5].

Moreover, this study states that up to 41.8% of Roma used masks solely because of government regulations in places where it is mandatory and not for personal reasons in order to protect the respondents themselves or others. There is therefore a significant correlation between poor motivation to wear masks, lack of information and a misunderstanding of government restrictions in quarantine. This research, sampled by 98 Roma aged 25-60 during the first wave of the COVID-19 epidemic between April and May 2020, confirms that health assistants and their roles such as information, assistance, and advice, as well as contact with the community during the pandemic, are an important part of helping public health in the overall management of the pandemic.

Information as such is also necessary according to (Brozmanová Gregorová et al. (2012) [6]. It is also one of the important aspects in volunteering, which is a key activity in attracting and converting potential volunteers into active

volunteers and volunteers. It was volunteering that was an important part of the series of mandatory nationwide testing for COVID-19, which are still active today.

Another study (Rehabilitation and Nursing Homes with Elderly and Homeless Population, Lessons not only for Physiotherapy but also for Epidemiology?) [7], which examined frequent infections occurring in residents of nursing homes, such as pneumonia, recommends regular monitoring of epidemics in the social group, as well as testing antibodies and resistant bacteria or viruses as a prevention against epidemics in the social group.

Discussion

Healthy regions are a state contributory organization established by the Ministry of Health of the Slovak Republic. It employs health support assistants and health support assistant coordinators. Health promotion assistants are part of the public health system. They help people in marginalised Roma communities access healthcare. They also assist public health system actors in working with marginalised Roma communities. The Health Promotion Assistant in our society has an important position as a mediator between marginalised Roma communities and people who work in the public health system.

Conclusions

The aim of the work was to highlight the importance of health promotion assistants in public health. Every day, health promotion assistants are directly in locations where people from marginalised Roma communities live. Every day they come into contact with representatives of the health system. They seek to meet the needs of people from marginalised Roma communities and to cooperate effectively with marginalised Roma communities. They regularly receive training to increase knowledge, skills, and communication.

References

1. National project healthy regions [online]. Available on: <https://www.zdraveregiony.eu/nasa-vizia-a-dlhodobe-ciele>.
2. Annual report 2018 Healthy Regions [online]. Available on: <https://www.zdraveregiony.eu/wp-content/uploads/2018/04/Výročná-správa-ZR-2018.pdf>.
3. Annual report 2018 Healthy Regions [online]. Available on: <https://www.zdraveregiony.eu/wp-content/uploads/2018/04/Vyrocna-sprava-2019-final.pdf>.
4. M. Hardy, P. Vansac, J. Benca, M. Palun, A. Gallova, M. Susta, J. Otrubova, M. Jankechova, S. Subramanian, M. Sramkova, P. Cmorej, D. West, D. Kimuli. Demand on Non-Medical Health Professions Training: Adaptation to New Challenges of the Aging Populations (letter), In: Clinical social work. ISSN 2076-9741/Online, 2018, No. 3, Vol.9, p. 74-75.
5. Cintulova, L., Budayova, Z., Radkova, L. 2020. Attitudes of Roma Towards Quarantine and Restrictions Due to Spreading COVID-19 and their Impacts on Life in the Roma Settlement. Acta Missiologica. Volume: 14. Issue: 2. Pages: 152-169. eISSN: 2453-7160.
6. Brozmanová Gregorová, A. a kol. 2012. Dobrovoľníctvo na Slovensku – výskumné reflexie. Iuventa. 2012. 167 s. ISBN 978-80-8072-119-0.
7. Subramanian S., Belovicova M., Vansac P., et al. 2018. Rehabilitation and Nursing Homes with Elderly and Homeless Population, Lessons not only for Physiotherapy but also for Epidemiology? Clinical Social Work and Health Intervention; 9(3): 64-66. ISSN: 2222-386X.

Дата надходження рукопису до редакції: 15.04.2022 р.

The purpose. Healthy Regions is the only organization that carries out health awareness activities in marginalized Roma communities. The aim of this paper was to point out the importance of health promotion assistants in the health system of the Slovak Republic, which also includes marginalized Roma communities through the intervention of health promotion assistants.

Methods. A descriptive method was used to write this paper.

Results. The article describes in detail the specific interventions of health promotion assistants who perform in the public health system when working with marginalized Roma communities.

Conclusions. The position of health promotion assistants in society reflects their irreplaceable role in public health.

Key words: health promotion assistant, public health, marginalized Roma communities.

Мета. «Здорові регіони» є єдиною організацією, яка проводить просвітницькі заходи щодо здоров'я в маргіналізованих ромських громадах. Метою цієї статті було вказати на важливість асистентів зі зміцнення здоров'я в системі охорони здоров'я Словацької Республіки, до якої також входять маргіналізовані ромські громади через втручання помічників зі зміцнення здоров'я.

Методи. Для написання цієї статті використовувався описовий метод.

Результати. У статті детально описано конкретні втручання асистентів з питань зміцнення здоров'я, які виникають у системі охорони здоров'я під час роботи з маргіналізованими ромськими громадами.

Висновки. Положення помічників з зміцнення здоров'я в суспільстві відображає їхню незамінну роль у громадському здоров'ї.

Ключові слова: помічник із зміцнення здоров'я, громадське здоров'я, маргіналізовані ромські громади.

Відомості про автора

Sivák Tomáš – Master of public administration and public policy, External doctoral student of Social Work, St. Elizabeth University of health and social work Bratislava, Institute of bl. M. D. Trčku, Michalovce; Slovakia.
sivak.vssvalzbety@gmail.com.

Ляхова Н.О.

Вивчення факторів, що впливають на рішення батьків профілактично відвідувати стоматолога з дітьми

Полтавський державний медичний університет,
м. Полтава, Україна

Lyakhova N.O.

Study of factors affecting parents' decisions to prevent protectively visit a dentist with children

Poltava State Medical University,
Poltava, Ukraine

natanew2017@ukr.net

Вступ

Порожнина рота – це дзеркало не тільки стану шлунково-кишкового тракту, а й здоров'я організму людини в цілому. Вона призначена виконувати найважливіші життєві функції, а саме: жування, мовлення, дихання та, в певній мірі, естетики. Повноцінне виконання цих функцій можливе лише за умов нормального розвитку, в першу чергу, зубоцелісного апарата на всіх етапах його розвитку, починаючи з внутрішньоутробного розвитку до повного його формування. Кожний з етапів визначальний і має свої особливості, тому порушення, що виникають на певному етапі, будуть викликати відповідні негативні зміни у формуванні, а також, відповідно, і у функціонуванні жувального апарата [1–3]. Виходячи з цього, величезного значення набуває своєчасне виявлення цих порушень та чинників, що їх обумовлюють, наприклад, особливості вигодовування, несвоєчасно компенсовані дефекти зубів та зубних рядів, раннє видалення тимчасових зубів та втрата постійних зубів, супутні соматичні захворювання тощо [4–6]. Унаслідок високої інтенсивності карієсу та передчасного видалення молочних зубів, особливо молярів, виникають сприятливі умови для розвитку аномалій та деформацій у сагітальній, трансверзальній та вертикальній площинах [6]. Вчасне виявлення цих порушень та їх корекція можлива тільки за умови проведення регулярних профілактичних оглядів.

Організація та проведення профілактики порушень формування зубоцелісної системи відбувається як у державних, так і приватних стоматологічних закладах, які надають допомогу дитячому населенню. Безсумнівно, що превентивні заходи у даний час не є настільки рентабельними для приватних структур, де в більшості випадків проводиться ортодонтичне лікування, і вимагає високої активності лікаря-ортодонта у проведенні санітарно-просвітницької роботи. А у державних структурах формально підтримуються «залишки» диспансеризації, а для профілактичної допомоги не вистачає часу через недостатню кількість лікарів-ортодонтів у штаті клініки [7,8]. До того ж, виходячи з того, що дитину найчастіше бачить не стоматолог, а педіатр (або сімейний лікар), доцільним було б починати

профілактичні заходи і санітарно-просвітницьку роботу саме з цих лікарів [9].

Враховуючи вищесказане, особливого значення набуває усвідомлене рішення батьків відвідувати з дитиною дитячого стоматолога та ортодонта для профілактичного огляду, а не тільки тоді, коли вже виникло захворювання і потрібно лікування. Це дозволяє визначити якість догляду за порожниною рота шляхом застосування гігієнічних індексів та скоректувати його за необхідності та виявити стоматологічні захворювання на ранніх строках, що дозволяє провести більш шадне та дешеве лікування. Вчасно виявлені порушення прикусу можуть бути усунені більш щадними методами, такими, як масаж, міогімнастика, фізіотерапевтичні методи тощо, без застосування дороговартісного лікування на більш пізніх стадіях захворювання. Проте, не дивлячись на очевидну користь таких профілактичних відвідувань, далеко не всі батьки здійснюють їх.

Метою нашого дослідження було визначення факторів, які впливають на рішення батьків профілактично відвідувати дитячого стоматолога та ортодонта зі своїми дітьми.

Матеріали та методи

Проведено анкетування 406 батьків дітей-школярів 1–11 класів м. Полтави. Анкета містила питання щодо факторів формування стоматологічного здоров'я, профілактики, факторів ризику стоматологічних захворювань, в тому числі ортодонтичної патології. Застосовано методи: бібліосемантичний, соціологічний (анкетування), статистичний (обчислення часток у відсотковому співвідношенні, проста логістична регресія). Статистичну обробку проведено за допомогою програмного пакету OpenOffice 4.1.3 та статистичного пакету «R» 4.2.0.

Результати дослідження та їх обговорення

Для досягнення мети нами було піддано статистичному аналізу відповіді батьків на запитання анкети, і за допомогою простої логістичної регресії виявлені

фактори, асоційовані з профілактичним відвідуванням до лікаря ортодонта та дитячого стоматолога.

Шанси того, що дитина не буде відвідувати ортодонта з профілактичною метою, зростають у батьків робітничих (низько кваліфікованих) професій в 1,49 рази (ВШ 1,49 [95% ДІ 0,99-2,25]), $p=0,034$, при незадовільному

фінансовому забезпеченні родини в 2,02 рази (ВШ 2,02 [95% ДІ 1,20-3,36]), $p=0,006$, низькій санітарно-гігієнічній обізнаності батьків в 2,71 рази (ВШ 2,71 [95% ДІ 1,17-6,28]), $p=0,016$, а також відвідування дитини стоматолога взагалі лише для лікування в 5,21 рази (ВШ 5,21 [95% ДІ 3,19-8,49]), $p=0,001$ (табл. 1).

Таблиця 1. Фактори, які впливають на рішення батьків відвідувати з дітьми лікаря-ортодонта з профілактичною метою

Фактори, які впливають на рішення батьків відвідувати ортодонта з профілактичною метою	Чи відвідує дитина ортодонта з профілактичною метою, n=406		Відношення шансів (95% ДІ)	p
	Ні, n=144 абс. (%)	Так, n=262 абс. (%)		
Соціальне положення батьків: робітничі професія, n=191	107 (56,0)	84 (44,0)	1,49 (0,99-2,25)	0,034
Родина дитини проживає в місті, n=394	258 (65,0)	136 (35,0)	0,61 (0,23-1,60)	0,221
Незадовільне фінансове забезпечення, n=70	35 (50,7)	36 (49,3)	2,02 (1,20-3,39)	0,006
Вік дитини 15–18 років, n=49	33 (67,3)	16 (32,7)	0,87 (0,46-1,64)	0,394
Поганий стан ротової порожнини, n=48	29 (60,4)	19 (39,6)	1,22 (0,66-2,27)	0,315
Низька санітарно-гігієнічна обізнаність батьків, n=24	10 (41,7)	14 (58,3)	2,71 (1,17-6,28)	0,016
Дитина відвідувала стоматолога лише для лікування, n=240	122 (50,8)	118 (49,2)	5,20 (3,19-8,49)	0,001
Діагностований карієс зубів, n=225	149 (66,2)	76 (33,8)	0,85 (0,56-1,28)	0,245
Травма зубощелепної ділянки, n=18	10 (55,6)	8 (44,4)	1,48 (0,57-3,84)	0,282

На початку маршруту пацієнта в напрямку стоматологічного здоров'я повинен би знаходитися лікар педіатр або сімейний лікар, але в анкеті відображене незначне число батьків, які вказали на те, що саме він порадив нашим респондентам звернутися до стоматолога, що не дозволило нам обчислити ті фактори, які впливають на направлення дітей лікарем педіатром до ортодонта. Тому частіше відбувається самозвернення батьків спочатку до дитячого стоматолога, а тоді вже при необхідності до лікаря ортодонта. В цьому контексті важливим є саме профілактичне звернення батьків і настороженість стоматологів до ОП.

Шанси не відвідувати стоматолога з профілактичною метою зменшуються: на 71,7% у дітей які проживають в місті (ВШ 0,28 [95% ДІ 0,10-0,79]), $p=0,023$. Таку картину можна пояснити тим, що в місті стоматологічна допомога є більш доступною, ніж в селі.

Збільшуються шанси не відвідувати стоматолога з профілактичною метою у тих дітей, чий батьки самі не

дотримується правил гігієни порожнини рота (ВШ 2,03 [95% ДІ 1,07-3,86]), $p=0,027$; не навчає дитину правилам особистої гігієни (ВШ 5,19 [95% ДІ 1,35-5,93]), $p=0,026$; у дітей, чий батьки вважають, що фінансове положення у них незадовільне (ВШ 2,14 [95% ДІ 1,21-3,78]), $p=0,005$ та при тому, коли респонденти відповіли, що лікар не інформував про дотримання заходів профілактики у дитини (ВШ 2,18 [95% ДІ 0,95-4,98]), $p=0,039$ (табл. 2). Ця модель може свідчити про недостатню обізнаність з боку батьків і, можливо завантаженість або навіть також необізнаність лікаря, який може як не мати відповідних знань, так і не мати часу для надання рекомендацій.

Перспективи подальших досліджень

Враховуючи отримані результати, в подальшому планується розробка шляхів підвищення рівня поінформованості та обізнаності батьків щодо факторів формування стоматологічного здоров'я їх дітей.

Таблиця 2. Фактори, які впливають на рішення батьків відвідувати з дітьми лікаря-стоматолога дитячого з профілактичною метою

Фактори, які впливають на рішення батьків відвідувати ортодонта з профілактичною метою	Чи відвідує дитина ортодонта з профілактичною метою, n=406		Відношення шансів (95% ДІ)	p
	Ні, n=240 абс. (%)	Так, n=166 абс. (%)		
Соціальне положення батьків: робітнича професія, n=191	25 (13,1)	166 (86,9)	0,83 (0,47-1,46)	0,307
Родина дитини проживає в місті, n=394	228 (58,6)	161 (41,4)	0,59 (0,20-1,71)	0,235
Незадовільне фінансове забезпечення родини, n=71	52 (73,2)	19 (26,8)	2,14 (1,21-3,78)	0,005
Вік дитини 15–18 років, n=49	28 (57,1)	21 (42,9)	0,91 (0,50-1,67)	0,440
Поганий стан ротової порожнини, n=48	34 (70,8)	14 (29,2)	1,79 (0,93-3,46)	0,053
Низька санітарно-гігієнічна обізнаність батьків, n=24	18 (75,0)	6 (25,0)	2,16 (0,84-5,57)	0,076
Батьки не дотримуються правил гігієни, n=71	55 (77,5)	16 (22,5)	2,03 (1,07-3,86)	0,027
Батьки не навчають дитину догляду за ПР, n=9	4 (44,4)	5 (55,6)	5,19 (1,35-5,93)	0,026
Батьки вважають, що за здоров'я дітей повинна піклуватися держава, n=84	8 (9,8)	74 (90,2)	0,59 (0,27-1,30)	0,126
Поради від стоматолога не отримували, n=195	25 (12,8)	170 (87,2)	0,79 (0,45-1,39)	0,252
Не дотримуються порад лікаря стоматолога, n=102	9 (8,8)	93 (91,2)	0,50 (0,24-1,07)	0,044
Стоматологічною допомогою незадоволені, n=51	10 (19,6)	41 (80,4)	1,56 (0,73-3,32)	0,170
Лікар про дотримання заходів профілактики не інформував, n=319	51 (16,0)	268 (84,0)	2,16 (0,95-4,98)	0,039
Присутність карієсу зубів, n=225	31 (13,8)	194 (86,2)	0,91 (0,52-1,59)	0,426
Патологія виявлена у віці старше 10 років, n=20	0 (0,0)	20 (100,0)	0,85 (0,78-0,92)	0,073
Відсутність ортодонта у державній поліклініці, n=25	5 (20,0)	20 (80,0)	0,60 (0,21-1,75)	0,252
Відсутність ортодонта у приватній поліклініці, n=9	0 (0,0)	9 (100,0)	0,86 (0,82-0,91)	0,277
Лікар про правила гігієни ПР не інформував, n=319	87 (27,3)	232 (72,7)	1,80 (0,98-3,31)	0,035
Дитина стоматолога взагалі не відвідувала, n=240	74 (30,8)	166 (69,2)	2,19 (1,35-3,59)	0,001
У дитини є численний карієс зубів, n=225	58 (25,8)	167 (74,2)	1,08 (0,69-1,70)	0,412
Під час профілактичного огляду виявлена ОП, n=73	17 (23,3)	56 (76,7)	2,38 (0,87-6,52)	0,067
Діти, які не відвідували стоматолога з профілакт. метою без скарг, n=118	29 (24,6)	89 (75,4)	1,45 (0,75-2,81)	0,175
Лікування проводиться за місцем проживання, n=188	42 (22,3)	146 (77,7)	1,06 (0,28-3,96)	0,619
Лікування проводиться в держав. поліклініці, n=130	30 (23,1)	100 (76,9)	1,18 (0,58-2,41)	0,397

Висновки

Таким чином, аналіз результатів анкетування в якості основних факторів, які впливають на рішення батьків профілактично відвідувати дитячого стоматолога та ортодонта зі своїми дітьми, очікувано виявив з одного боку нестачу освіти, знань та поінформованості з боку батьків школярів (низька санітарно-гігієнічна обізнаність, низько кваліфіковані професії, відсутність усвідомлення про необхідність профілактичних візитів до лікаря), а з іншого боку, показує наявність батьків, які і самі не дотримуються правил гігієни порожнини рота, і, відповідно, не навчають цього своїх дітей. Англійське прислів'я «Не виховуйте

дітей – вони будуть схожі на вас. Виховуйте себе» як найкраще описує дану ситуацію і повертає нас до відсутності знань батьків з питань профілактики стоматологічних захворювань, підкреслюючи важливість і одночасно очевидну недостатність і незадовільність санітарно-просвітницької та інформаційно-роз'яснювальної роботи.

Окремо виділяється питання про відсутність інформації від лікарів щодо заходів профілактики, що з однієї сторони можна пояснити браком часу на прийомі через звантажених лікарів-стоматологів, а з іншого боку свідчити про відсутність усвідомлення лікарями важливості таких заходів.

Література

1. Дрогомирецька М. С. Морфологічні та морфометричні дослідження тканин зубо-щелепного апарату у дітей з порушеним перебігом антенатального періоду / М. С. Дрогомирецька, Ахмад Салех Халіф Салама // Клінічна медицина. – 2016. – Том XXI/1. – С. 96-103.
2. Мельник В.С. Прогнозування розвитку зубощелепних аномалій у дітей молодшого шкільного віку / В.С. Мельник, Л.Ф. Горзов // Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник Української медичної стоматологічної академії. – 2019. – № 2. – С. 66.
3. Смаглюк Л. В. Порівняльна характеристика морфо-функціонального стану зубощелепної ділянки у пацієнтів в період раннього та пізнього змінного прикусу / Смаглюк Л. В., Карасюнок А. Е., Трофименко М. В. // Вісник проблем біології і медицини. – 2016. – № 2 (128). С. 267–270.
4. Lyakhova N. A. Analysis of risk factors of orthodontic pathology: literature review / N. A. Lyakhova // Wiadomosci Lekarskie. – 2018. – Т. LXXI, Nr 5. – 1084–1088.
5. Сидоренко А. Ю. Особливості формування тимчасового прикусу в дітей, народжених від матерів груп ризику (огляд літератури) / А. Ю. Сидоренко // Український стоматологічний альманах. – 2016. – № 2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/osoblivosti-formuvannya-timchasovogo-prikusu-v-ditey-narodzenih-vid-materiv-grup-riziku-oglyad-literaturi>.
6. Смаглюк Л. В. Стан стоматологічного здоров'я у молодих людей в залежності від їх конституціонально-типологічних характеристик будови тіла / Л. В. Смаглюк, Д. В. Шешуков // Вісник проблем біології і медицини. – 2015. – Вип. 2, Т. 2 (119). – С. 222–225.
7. Ляхова Н. О. Медико-соціальні та організаційно-правові питання організації надання ортодонтичної допомоги дитячому населенню України в період реформування галузі охорони здоров'я / Ляхова Н. О., Білоус А. М., Нестеренко О. М. // Вісник проблем біології і медицини. – 2014. – № 3 (110). – С. 213-217.
8. Смаглюк Л. В. Диспансеризація дитячого населення – головна складова профілактичної ортодонції / Л. В. Смаглюк, Н. В. Куліш, А. Ю. Сидоренко // Вісник проблем біології і медицини. – 2014. – Вип. 3, Т. 1 (110). – 2014. – С. 326–329.
9. Lyakhova N. A. The preexposure prophylaxis of stomatological diseases among the population of ukraine in the practice of the family doctor and the pediatrician / N. A. Lyakhova, S. S. Kasinets // Wiadomosci Lekarskie. – 2017. – Tom LXX. – №3, cz. I. – P. 470–473.

References

1. Drohomiretska M. S. Akhmad Salekh Khaliyf Salama. Morfolohichni ta morfometrychni doslidzhennia tkanyn zubo-shchelepnogo aparatu u ditei z porushenym perebihom antenatalnoho periodu [Morphological and morphometric studies of the tissues of the dental and maxillary apparatus in children with impaired antenatal period]. Clinical Medicine, 2016. 21 (1): 96-103. [in Ukrainian].
2. Melnyk V.S., Horzov L.F. Prohnozuvannia rozvytku zuboshchelepnykh anomalii u ditei molodshoho shkilnoho viku [Predicting the development of dental anomalies in children of primary school age]. Actual problems of modern medicine: Bulletin of the Ukrainian Medical Dental Academy, 2019; 2: 66. [in Ukrainian].
3. Smahlyuk L. V., Karasyunok A.YE, Trofymenko M.V. Porivnyal'na kharakterystyka morfo-funktsional'noho stanu zuboshchelepnoyi dilyanky u patsiyentiv v period rann'oho ta pizn'oho zminnoho prykusu [Comparative characteristic of the morpho-functional state of the dento-jaw area in patients during the period of early and late mixed dentition], Bulletin of problems of biology and medicine. 2016; 2(128):267–270.
4. Lyakhova N. A. Analysis of risk factors of orthodontic pathology: literature review. Wiadomosci ekarskie. 2018; 71 (5): 1084–1088.
5. Sydorenko A. Yu. Osoblyvosti formuvannia tymchasovoho prykusu v ditei, narodzhenykh vid materiv hrup ryzkyu (ohliad literatury) [Features of the formation of temporary occlusion in children born to mothers at risk (literature review)]. Ukrainian Dental

Almanac, 2016; 2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/osoblivosti-formuvannya-timchasovogo-prikusu-v-ditey-narodzhenih-vid-materiv-grup-riziku-oglyad-literaturi> [in Ukrainian].

6. Smahliuk L. V., Sheshukov D. V. Stan stomatolohichnoho zdorovia u molodykh liudei v zalezhnosti vid yikh konstytutsionalno-typolohichnykh kharakterystyk budovy tila [The state of dental health in young people depending on their constitutional and typological characteristics of body structure]. Bulletin of problems of biology and medicine. 2015; 2 (119): 222–225. [in Ukrainian].

7. Liakhova N. O., Bilous A. M., Nesterenko O. M. Medyko-sotsialni ta orhanizatsiino-pravovi pytannia orhanizatsii nadannia ortodontychnoi dopomohy dytyachomu naselenniu Ukrainy v period reformuvannya haluzi okhorony zdorovia [Medical, social and organizational and legal issues of the organization of orthodontic care for children in Ukraine during the reform of health care]. Bulletin of problems of biology and medicine. 2014; 3: 213-217. [in Ukrainian].

8. Smahliuk L. V., Kulish N. V., Sydorenko A. Yu. Dyspanserizatsiia dytyachoho naseleння – holovna skladova profilaktychnoi ortodontii [Medical examination of children is the main component of preventive orthodontics]. Bulletin of problems of biology and medicine. 2014; 3 (110): 326-329. [in Ukrainian].

9. Lyakhova N. A., Kasinets S. S. The preexposure prophylaxis of stomatological diseases among the population of Ukraine in the practice of the family doctor and the pediatrician. Wiadomosci Lwkarские. 2017; 70 (3, cz. I): 470–473.

Дата надходження рукопису до редакції: 06.04.2022 р.

Мета. Визначення факторів, які впливають на рішення батьків профілактично відвідувати дитячого стоматолога та ортодонта зі своїми дітьми.

Матеріали та методи. Проведено анкетування 406 батьків дітей-школярів 1-11 класів м. Полтави. Анкета містила питання щодо факторів формування стоматологічного здоров'я, профілактики, факторів ризику стоматологічних захворювань, в тому числі ортодонтичної патології. Методи: бібліосемантичний, соціологічний (анкетування), статистичний.

Результати. Фактори, асоційовані з профілактичним відвідуванням до лікаря ортодонта при простому логістичному рівнянні такі: соціальне положення – робітник низько кваліфікованої професії (ВШ 1,49 [95% ДІ 0,99-2,25]), $p=0,034$, незадовільне фінансове забезпечення (ВШ 2,02 [95% ДІ 1,20-3,39]), $p=0,006$, низька санітарно-гігієнічна обізнаність (ВШ 2,71 [95% ДІ 1,17-6,28]), $p=0,016$ а також відвідування стоматолога взагалі лише для лікування в 5,21 рази (ВШ 5,21 [95% ДІ 3,19-8,49]), $p=0,001$. Шанси не відвідувати стоматолога з профілактичною метою зростають у тих, хто не дотримується правил гігієни (ВШ 2,03 [95% ДІ 1,07-3,86]), $p=0,027$; не навчає дитину правилам особистої гігієни (ВШ 5,19 [95% ДІ 1,35-7,03]), $p=0,026$ та при тому, коли респонденти відповіли, що лікар не інформував про дотримання заходів профілактики у дитини (ВШ 2,18 [95% ДІ 0,95-4,98]), $p=0,039$.

Висновки. Аналізуючи результати дослідження, виявлено вкрай низький рівень обізнаності та поінформованості батьків школярів щодо факторів формування стоматологічного здоров'я їх дітей.

Ключові слова: діти, профілактичні відвідування, ортоданти та дитячі стоматологи, обізнаність.

The purpose. Identify the factors that influence parents' decision to preventively visit a pediatric dentist and orthodontist with their children.

Materials and methods. A survey of 406 parents of schoolchildren of grades 1-11 in Poltava was conducted. The questionnaire included questions about the factors of dental health, prevention, risk factors for dental diseases, including orthodontic pathology. Methods: bibliosemantic, sociological (questionnaire), statistical.

Results. Factors associated with a preventive visit to an orthodontist with a simple logistical equation are: social status – a worker of low-skilled profession (HS 1.49 [95% CI 0.99-2.25]), $p = 0.034$, unsatisfactory financial security 2.02 [95% CI 1.20-3.39]), $p = 0.006$, low sanitary awareness (VS 2.71 [95% CI 1.17-6.28]), $p = 0.016$ and visits dentist in general only for treatment 5.21 times (VS 5.21 [95% CI 3.19-8.49]), $p = 0.001$. The chances of not visiting the dentist for preventive purposes increase in those who do not follow the rules of hygiene (HS 2.03 [95% CI 1.07-3.86]), $p = 0.027$; does not teach the child the rules of personal hygiene (VS 5.19 [95% CI 1.35-7.03]), $p = 0.026$ and when respondents said that the doctor did not inform about the observance of preventive measures in the child (VS 2.18 [95% CI 0.95-4.98]), $p = 0.039$.

Conclusions. Analyzing the results of the study revealed an extremely low level of awareness and awareness of parents of schoolchildren about the factors shaping the dental health of their children.

Key words: children, preventive visits, orthodontists and pediatric dentists, awareness.

Відомості про автора

Ляхова Наталія Олександрівна – кандидат медичних наук, доцент кафедри соціальної медицини, громадського здоров'я, організації та економіки охорони здоров'я з лікарсько-трудовою експертизою Полтавського державного медичного університету; м. Полтава, вул. Шевченка 23, 36011.
+380 (50) 614-76-38, natanew2017@ukr.net, ORCID ID 0000-0003-0503-9935.

DOI 10.24144/2077-6594.2.1.2022.258907
УДК 615.8:614.2

Співак А.П.

Місце фізичної реабілітації в системі збереження і зміцнення громадського здоров'я населення

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

Spivak A.P.

Place of physical rehabilitation in the system of preservation and strengthening of public health of the population

Uzhhorod National University, Uzhhorod, Ukraine

antonina.spivak@uzhnu.edu.ua

Вступ

В Україні, на даному етапі, активно у сфері охорони здоров'я розвиваються система громадського здоров'я та система організації надання реабілітаційної допомоги.

Як система громадського здоров'я так і система реабілітаційної допомоги визначені на законодавчому рівні [1–6]. Необхідно зазначити, що базовим рівнем для діяльності системи громадського здоров'я та забезпечення амбулаторної реабілітації являються територіальні громади [7], які створюються в ході проведення адміністративно-територіальної реформи державного устрою країни [8–10].

Активному розвитку системи реабілітації в Україні являється прийняття Закону «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [11] на виконання якого послуги з реабілітації включені до більшості пакетів державних гарантій медичної допомоги.

При цьому Всесвітня організація охорони здоров'я в питаннях збереження, відновлення та зміцнення здоров'я населення важливу увагу приділяє питанням реабілітації про що говорить документ «Реабілітація–2030: заклик до дій», в якому ставиться задача щодо збільшення масштабів реабілітації на рівні країн [12]. В даному документі серед пріоритетних напрямків дій щодо зміцнення систем охорони здоров'я у сфері надання реабілітаційних послуг ВООЗ визначено наступні:

- поглиблена інтеграція реабілітаційних послуг у систему охорони здоров'я і зміцнення міжсекторальних зв'язків на користь оперативного та ефективного задоволення потреб населення;
- включення реабілітації до загальнодоступних послуг охорони здоров'я;
- побудова моделей комплексного надання реабілітаційних послуг на користь забезпечення рівного доступу до якісних послуг для всіх людей, у тому числі тих, які проживають у сільських та віддалених районах;
- створення великого багатопрофільного контингенту фахівців у сфері реабілітації з урахуванням специфіки кожної країни, а також пропаганда концепції

реабілітації на всіх рівнях навчання працівників галузі охорони здоров'я;

- розширення фінансування реабілітаційних послуг через відповідні механізми.

Таким чином, важливо відмітити, що основною метою діяльності як системи громадського здоров'я так і системи реабілітації є збереження та зміцнення здоров'я населення.

Мета дослідження: визначення місця фізичної реабілітації в системі збереження та зміцнення громадського здоров'я населення.

Матеріали та методи

Методи: бібліосемантичний, контент-аналізу, структурно-логічного аналізу. Матеріали: законодавчі акти з розвитку систем громадського здоров'я та реабілітації.

Результати дослідження та їх обговорення

Актуальність розвитку систем громадського здоров'я та реабілітації пов'язана з погіршенням стану здоров'я населення планети зростанням поширеності хронічних неінфекційних захворювань та кількості осіб з інвалідністю [13–15].

В ході виконання даного дослідження нами були проаналізовані чинні законодавчі акти та наукові публікації з розвитку системи громадського здоров'я та системи реабілітації в напрямку їх інтеграції по забезпеченню збереження та зміцнення громадського здоров'я населення.

Закон України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» який прийнято 3 грудня 2020 року за № 1053-IX, який визначає правові, організаційні та економічні засади проведення реабілітації особи з обмеженнями повсякденного функціонування у сфері охорони здоров'я з метою досягнення та підтримання оптимального рівня функціонування у її середовищі.

Законом визначено, що метою державної політики щодо реабілітації у сфері охорони здоров'я є створення

умов для ефективної реабілітації, забезпечення доступності навколишнього середовища, можливості вести самостійний спосіб життя і всебічно брати участь у всіх аспектах життя суспільства, сприяння створенню середовища, що організоване відповідно до вимог універсального дизайну та розумного пристосування. А основними принципами державної політики щодо реабілітації у сфері охорони здоров'я є прозорість, ефективний розподіл повноважень та відповідальності між органами державної влади, якість та доступність реабілітаційної та психологічної допомоги, інклюзивність, сприяння поверненню людини до ведення самостійного способу життя.

При цьому метою державної політики щодо реабілітації у сфері охорони здоров'я є створення умов для ефективної реабілітації, забезпечення доступності навколишнього середовища, можливості вести самостійний спосіб життя і всебічно брати участь у всіх аспектах життя суспільства, сприяння створенню середовища, що організоване відповідно до вимог універсального дизайну та розумного пристосування.

Основними принципами державної політики щодо реабілітації у сфері охорони здоров'я є прозорість, ефективний розподіл повноважень та відповідальності між органами державної влади, якість та доступність реабілітаційної та психологічної допомоги, інклюзивність, сприяння поверненню людини до ведення самостійного способу життя.

Реабілітаційна стратегія охорони здоров'я є окремою стратегією охорони здоров'я, головною метою якої є досягнення оптимального рівня функціонування особи у взаємодії з її навколишнім середовищем, соціальної інтеграції та незалежності, для чого використовуються інтегровані підходи до оптимізації участі, розбудови та зміцнення ресурсів особи, забезпечення сприятливості навколишнього середовища та залучення особи до взаємодії з її навколишнім середовищем.

Законом затвердженні принципи проведення реабілітації. До загальних принципів проведення реабілітації зокрема віднесені:

- пацієнтоцентричність, що передбачає планування та проведення реабілітації з урахуванням потреб, можливостей та побажань особи, якій надається реабілітаційна допомога, або її законного представника та членів її сім'ї, а також безпосередню їх участь у розробленні, реалізації та внесенні змін до індивідуального реабілітаційного плану;

- цілеспрямованість – організація процесу реабілітації має спрямовуватися на досягнення довго- та короткострокових завдань;

- функціональна спрямованість – реабілітаційна допомога має бути спрямована на досягнення оптимального рівня функціонування та якості життя особи у її середовищі.

При цьому Законом передбачена психологічна допомога в процесі реабілітації організовується з урахуванням таких принципів етичної та безпечної поведінки яка включає:

- виключення або мінімізація ризиків ретравматизації, що передбачає проведення виключно тих

заходів та втручань, які гарантовано не погіршать стан здоров'я особи;

- компетентності, правильної оцінки та ознайомлення з ризиками, спричиненими ситуаціями, в яких могла бути особа;

- відповідальності за отриману інформацію, що передбачає використання інформації з користю для особи, якій надається реабілітаційна допомога, а також для вдосконалення методів протидії різним формам насильства.

Постановою Кабінету Міністрів України «Порядок організації надання реабілітаційної допомоги у сфері охорони здоров'я» від 3 листопада 2021 р. № 1268 визначається, що:

- мережа реабілітаційних закладів, відділень, підрозділів для надання реабілітаційної допомоги дітям створюється відповідно до визначених потреб, захворюваності, демографічних, географічних, інфраструктурних та інших особливостей адміністративно-територіальної одиниці, а також повноважень та потреб місцевих органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування в реабілітаційній сфері;

- реабілітація у територіальній громаді це стратегія в рамках загального розвитку територіальних громад щодо реабілітації, подолання бідності, вирівнювання можливостей та соціальної інтеграції всіх осіб, які потребують реабілітації, яка забезпечується спільними зусиллями самих осіб, які потребують реабілітації, їх сімей, організацій, місцевих органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування у сферах охорони здоров'я, освіти, соціального захисту тощо;

- домашня реабілітація – реабілітаційна допомога, що надається за місцем проживання (перебування) особи, яка потребує реабілітації, протягом післягострого та довготривалого реабілітаційних періодів поза реабілітаційним закладом або закладом охорони здоров'я;

- обов'язковим елементом реабілітаційної допомоги є навчання членів сімей, законних представників щодо впровадження рекомендацій фахівців, які входять до складу мультидисциплінарної реабілітаційної команди, у домашніх умовах.

Проведений далі аналіз вказує на те, що основними оперативними функціями громадського здоров'я (ОФГЗ), які визначено ВОЗ та запроваджено в Україні є [16]:

1. Епіднагляд та оцінювання стану здоров'я і благополуччя населення.

2. Моніторинг та реагування на небезпеки для здоров'я і під час надзвичайних ситуацій у сфері охорони здоров'я.

3. Захист здоров'я, у тому числі забезпечення безпеки навколишнього середовища, праці, харчових продуктів тощо.

4. Зміцнення здоров'я, у тому числі вплив на соціальні детермінанти і скорочення нерівностей за показниками здоров'я.

5. Профілактика хвороб, у тому числі ранне виявлення порушень здоров'я.

6. Забезпечення стратегічного управління в інтересах здоров'я і благополуччя.

7. Забезпечення сфери суспільної громадського охорони здоров'я достатньою кількістю кваліфікованими кадрами.

8. Створення стійких організаційних структур і забезпечення їх фінансування.

9. Інформаційно-роз'яснювальна діяльність (адвокація), комунікація та соціальна мобілізація в інтересах здоров'я.

10. Сприяння розвитку досліджень у сфері охорони здоров'я для наукового обґрунтування відповідної політики і практики.

Необхідно зазначити, що десять ОФГЗ які запропоновані ВООЗ в формі докладного переліку для оцінювання потенціалу та послуг системи громадського здоров'я належать до найважливіших послуг системи громадського здоров'я (ОФГЗ 1–5), а також стосуються всіх аспектів сфери (ОФГЗ 6–10) і сприяють здійсненню ОФГЗ 1–5. При цьому 1 та 2 ОФГЗ в основному стосуються аналітичної інформації з питань громадського здоров'я, 3–5 (ОФГЗ) використовуються в процесі вирішення завдань

щодо захисту й зміцнення здоров'я населення і профілактики хвороб, тоді як 6–10 ОФГЗ покликані сприяти вдосконаленню надання послуг у цілому.

Хочеться окрему увагу звернути на опис ОФГЗ 5 «Профілактика хвороб, у тому числі раннє виявлення порушень здоров'я» де вказується наступне «Третинна профілактика включає реабілітацію пацієнтів із захворюваннями, що уже розвинулися, з метою мінімізації залишкових інвалідизуючих наслідків і ускладнень, а також з метою максимального продовження повноцінного життя, покращення якості життя пацієнта, навіть попри неможливість повного одужання. У цьому контексті профілактика хвороб розглядається як діяльність, спрямована на індивідів і групи населення, які демонструють різні види ризикованої поведінки», що вказує на актуальність піднятої проблеми.

Таким чином система громадського здоров'я та система реабілітації мають єдину задачу по збереженню та зміцненню здоров'я населення при цьому комплексно та етапно забезпечуючи її виконання на що вказано в таблиці.

Таблиця Завдання і функції реабілітації та компетентності спеціаліста з реабілітації у виконанні основних оперативних функцій громадського здоров'я

Основні оперативні функції громадського здоров'я	Визначення, завдання і функції реабілітації	Компетентності спеціаліста з реабілітації
<p>ОФГЗ 4. Зміцнення здоров'я, у тому числі вплив на соціальні детермінанти і скорочення нерівностей за показниками здоров'я</p>	<p>Періодична підтримуюча реабілітаційна допомога – реабілітаційна допомога, що може надаватися протягом довготривалого реабілітаційного періоду з метою запобігання втраті, уповільнення втрати, покращення або підтримки функціонування особи, яка потребує реабілітації;</p> <p>Реабілітація у територіальній громаді – стратегія в рамках загального розвитку територіальних громад щодо реабілітації, подолання бідності, вирівнювання можливостей та соціальної інтеграції всіх осіб, які потребують реабілітації, яка забезпечується спільними зусиллями самих осіб, які потребують реабілітації, їх сімей, організацій, місцевих органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування у сферах охорони здоров'я, освіти, соціального захисту тощо;</p> <p>Домашня реабілітація – реабілітаційна допомога, що надається за місцем проживання (перебування) особи, яка потребує реабілітації, протягом післягострого та довготривалого реабілітаційних періодів поза реабілітаційним закладом або закладом охорони здоров'я;</p> <p>В амбулаторних реабілітаційних закладах, амбулаторних відділеннях післягострої та довготривалої реабілітації закладів охорони здоров'я, у разі проходження домашньої реабілітації або реабілітації у територіальній</p>	<p>ЗК 2. Здатність виявляти, формулювати і вирішувати проблеми пацієнта/клієнта, застосовуючи у практичній діяльності базові знання, клінічне та рефлексивне мислення.</p> <p>ЗК 10. Здатність обирати методи діяльності з позиції їх релевантності, валідності, надійності та планувати технології їх реалізації.</p> <p>СК 01. Здатність розуміти складні патологічні процеси та порушення, які піддаються корекції заходами фізичної терапії.</p> <p>СК 02. Здатність розуміти клінічний діагноз пацієнта/клієнта, перебіг захворювання, принципи та характер лікування.</p> <p>СК 03. Здатність проводити фізичну терапію осіб різного віку, нозологічних та професійних груп при складних прогресуючих та мульти-системних порушеннях (додаток 2).</p> <p>СК 04. Здатність аналізувати, вибирати і трактувати отриману від колег інформацію.</p> <p>СК 05. Здатність обстежувати та визначати функціональний стан, рівень фізичного розвитку, рухові та інші порушення осіб різного віку, нозологічних та професійних груп із складною прогресуючою та мультисистемною патологією.</p>

	<p>громаді обсяг реабілітаційної допомоги визначається відповідно до загальних мети та завдань реабілітації, зазначених в індивідуальному реабілітаційному плані особи, яка потребує реабілітації;</p> <p>Спосіб надання амбулаторної реабілітаційної допомоги, домашньої реабілітації або реабілітації у територіальній громаді залежить від загальної мети, зазначеної в індивідуальному реабілітаційному плані, та може потребувати як залучення мультидисциплінарної реабілітаційної команди, так і окремих фахівців з реабілітації, що надають реабілітаційну допомогу згідно із законодавством.</p>	<p>СК 06. Здатність допомагати пацієнту/клієнту зрозуміти, сформулювати та реалізувати власні потреби.</p> <p>СК 07. Здатність прогнозувати результати фізичної терапії, формулювати цілі, складати, обговорювати та пояснювати програму фізичної терапії, або компоненти індивідуальної програми реабілітації, які стосуються фізичної терапії.</p> <p>СК 08. Здатність визначати оптимальний рівень терапевтичного навантаження, контролювати тривалість та інтенсивність реабілітаційних заходів для забезпечення їх відповідності стану здоров'я, функціональним можливостям пацієнта/клієнта.</p> <p>СК 09. Здатність контролювати стан пацієнта/клієнта зі складними та мультисистемними порушеннями відповідними засобами й методами/</p> <p>СК 13. Здатність застосовувати знання з ергономіки та універсального дизайну для створення та адаптації безпечного і доступного середовища життєдіяльності клієнта, змінювати фактори фізичного та соціального середовища з метою збільшення функціональної незалежності клієнта.</p>
<p>ОФГЗ 5. Профілактика хвороб, у тому числі раннє виявлення порушень здоров'я</p>		
<p>ОФГЗ 8. Забезпечення міцних організаційних структур і фінансування</p>	<p>Реабілітаційні заклади, відділення, підрозділи: розміщуються в будівлях та приміщеннях, що відповідають вимогам державних будівельних норм В.2.2-40:2018 "Інклюзивність будівель і споруд".</p> <p>Відповідність будівель та приміщень вимогам безбар'єрності підтверджується документом, виданим фахівцем з питань технічного обстеження будівель та споруд, який має відповідний кваліфікаційний сертифікат;</p> <p>Фінансування реабілітаційної допомоги здійснюється за рахунок коштів державного, місцевих бюджетів та інших джерел фінансування, не заборонених законодавством.</p> <p>Фінансування реабілітаційної допомоги, що надається під час проведення реабілітаційних заходів із надання комплексних послуг з реабілітації (абілітації) особам з інвалідністю, дітям з інвалідністю, дітям віком до трьох років (включно), які належать до групи ризику щодо отримання інвалідності (з метою запобігання</p>	<p>ЗК 11. Здатність керувати, мотивувати людей рухатися до спільної мети, оцінювати та забезпечувати якість виконуваних робіт.</p> <p>СК 13. Здатність здійснювати менеджмент у фізичній терапії, керувати роботою асистентів та помічників.</p> <p>СК 15. Здатність здійснювати підприємницьку діяльність у фізичній терапії.</p>

	<p>виникненню інвалідності), здійснюється відповідно до частини шостої статті 20 Закону України “Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні”.</p>	
<p>ОФГЗ 9. Інформаційно-роз’яснювальна діяльність (адвокація), комунікація та соціальна мобілізація в інтересах здоров’я</p>	<p>Надання консультативної та методологічної підтримки з питань обмежень повсякденного функціонування/життєдіяльності та з питань надання реабілітаційної допомоги особам, які потребують реабілітації, членам їх сімей, особам, які здійснюють догляд за особою з обмеженнями повсякденного функціонування;</p> <p>Обов’язковим елементом реабілітаційної допомоги є навчання членів сімей, законних представників щодо впровадження рекомендацій фахівців, які входять до складу мультидисциплінарної реабілітаційної команди, у домашніх умовах;</p> <p>Організація і проведення просвітницької роботи серед населення, активна співпраця із засобами масової інформації щодо питань обмежень повсякденного функціонування та обмежень життєдіяльності та надання сучасної реабілітаційної допомоги.</p>	<p>ЗК 8. Здатність до ефективного письмового та усного професійного міжособистісного спілкування з клієнтами, членами мультидисциплінарної команди, фахівцями охорони здоров’я, соціальної та освітньої галузей.</p> <p>СК 17. Здатність формувати та підтримувати терапевтичні стосунки з пацієнтом/клієнтом, використовувати методики підвищення мотивації, демонструвати навички культурно-чутливого та ефективного спілкування.</p> <p>СК 20. Здатність пропагувати потребу у заняттєвій активності на рівні окремої особи, групи людей, організацій чи популяцій, пояснюючи її зв’язок із профілактикою захворювань, запобіганням неповносправності, покращенням здоров’я та досягненням добробуту.</p> <p>СК 22. Здатність розуміти, пояснювати та використовувати знання законодавства у сферах систем охорони здоров’я, соціальної політики і соціального захисту, прав осіб з обмеженнями життєдіяльності з метою збільшення заняттєвої участі та інтеграції пацієнта/клієнта у суспільство.</p> <p>СК 23. Здатність співпрацювати з різними медичними, соціальними службами, впливати на розвиток законодавства та відповідних послуг з метою дотримання прав людей з обмеженнями життєдіяльності.</p> <p>СК 25. Здатність представляти ерготерапію у широкому академічному та науковому міждисциплінарному дискурсі, здійснювати особистий внесок у становлення і розвиток професії ерготерапевта в Україні.</p>
<p>ОФГЗ 10. Сприяння розвитку досліджень у сфері охорони здоров’я для наукового обґрунтування політики і практики</p>	<p>Разом із громадськими об’єднаннями фахівців з реабілітації осіб, які потребують реабілітації, організація та проведення науково-практичних конференцій з питань надання реабілітаційної допомоги, окремих напрямів реабілітації, реабілітаційних втручань тощо</p>	<p>ЗК 4. Здатність проводити наукові дослідження відповідного рівня, публікувати результати в українських та міжнародних наукових виданнях.</p> <p>ЗК 5. Здатність генерувати нові ідеї, брати участь у інноваційних проєктах для вирішення клінічних, наукових та освітніх завдань.</p> <p>СК 11. Здатність впроваджувати сучасні наукові дані у практичну діяльність.</p>

Перспективи подальших досліджень пов'язані із вивченням забезпечення населення територіальних громад комплексними реабілітаційними послугами та інтеграція систем громадського здоров'я і реабілітації в забезпеченні більш високого рівня здоров'я населення.

Висновки

Результати проведеного дослідження дозволяють зробити висновок, що фізична реабілітація виступає складовою збереження та зміцнення громадського здоров'я населення.

Література

1. Про схвалення Концепції розвитку системи громадського здоров'я: розпорядження КМУ від 30 листопада 2016 р. № 1002-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1002-2016-%D1%80#n8> (дата звернення: 05 травня 2022).
2. Слабкий Г. О., Миронюк І. С., Брич В. В., Білак-Лук'яничук В. Й. Методологія впровадження системи громадського здоров'я на рівні об'єднаних територіальних громад. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2020. № 3 (85). С. 62-66.
3. Про утворення державної установи "Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України": наказ МОЗ України від 18.09.2015 № 604 [Електронний ресурс]. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0604282-15> (дата звернення: 05 травня 2022).
4. Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я, Закон України № 1053-IX, 3 груд. 2020, Відомості Верховної Ради (ВВР). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text> (дата звернення: 06 травня 2022).
5. Про реабілітацію інвалідів в Україні: Закон України. Відомості Верховної Ради України (ВВР), 2006, N2-3, ст.36. [Електронний ресурс] URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2961-15> (дата звернення: 06 травня 2022).
6. Порядок організації надання реабілітаційної допомоги у сфері охорони здоров'я: Постанова Кабінету Міністрів України від 3 листопада 2021 р. № 1268. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1268-2021-%D0%BF#Text> (дата звернення: 06 травня 2022).
7. Миронюк І.С., Слабкий Г.О., Шафранський В.В., Брич В.В., Білак-Лук'яничук В.Й. Територіальні громади як базовий рівень забезпечення зміцнення та збереження здоров'я населення. Україна. Здоров'я нації. 2021. №4 (66). С. 57-62.
8. Про добровільне об'єднання територіальних громад: Закон України від 5 лютого 2015 року № 157-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/157-19#Text> (дата звернення: 08 травня 2022).
9. Про внесення змін до деяких законів України щодо визначення територій та адміністративних центрів територіальних громад: Закон України від 16 квітня 2020 року № 562-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/562-20#Text> (дата звернення: 08 травня 2022).
10. Про схвалення Концепції реформування місцевого самоврядування та територіальної організації влади в Україні: розпорядження Кабінету Міністрів України від 1 квітня 2014 р. № 333-р. Офіційний портал Верховної Ради України. URL: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/333-2014-%D1%80>. (дата звернення: 08 травня 2022).
11. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України. Відомості Верховної Ради (ВВР), 2018, № 5, ст.31. [Електронний ресурс] URL: <https://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/2168-19> (дата звернення: 08 травня 2022).
12. Gimigliano F., Negrini S. The World Health Organization "Rehabilitation 2030: a call for action". [Electronic resource]. European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine. 2017. Vol. 53, No. 2. P. 155–168. DOI <https://doi.org/10.23736/S1973-9087.17.04746-3>.
13. Global status report on noncommunicable diseases 2014 [Electronic resource]. World Health Organization, 2014. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/148114>.
14. World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs sustainable development goals [Electronic resource]. Geneva : World Health Organization, 2016. 120 p. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/206498>.
15. World report on ageing and health [Electronic resource]. World Health Organization, 2015. 247 p. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/186463>.
16. Европейский план действий по укреплению потенциала и услуг общественного здравоохранения. Копенгаген : Европейское региональное бюро ВОЗ, 2012 (документ EUR/RC62/12). 52 с.

References

1. Pro skhvalennia Kontseptsii rozvytku systemy hromadskoho zdorovia: rozporiadzhennia KМУ vid 30 lystopada 2016 r. № 1002-r. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1002-2016-%D1%80#n8> (data zvernennia: 05 travnia 2022).
2. Slabkyi H. O., Myroniuk I. S., Brych V. V., Bilak-Lukianchuk V. Y. Metodolohiia vprovadzhenia systemy hromadskoho zdorovia na rivni obiednanykh terytorialnykh hromad. Visnyk sotsialnoi hihiieny ta orhanizatsii okhorony zdorovia Ukrainy. 2020. № 3 (85). S. 62-66.
3. Pro utvorennia derzhavnoi ustanovy "Tsentр hromadskoho zdorovia Ministerstva okhorony zdorovia Ukrainy": nakaz MOZ Ukrainy vid 18.09.2015 № 604 [Elektronnyi resurs]. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0604282-15> (data zvernennia: 05 travnia 2022).
4. Pro rehabilitatsiiu u sferi okhorony zdorovia, Zakon Ukrainy № 1053-IX, 3 hrud. 2020, Vidomosti Verkhovnoi Rady (VVR). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text> (data zvernennia: 06 travnia 2022).

5. Pro rehabilitatsiiu invalidiv v Ukraini: Zakon Ukrainy. Vidomosti Verkhovnoi Rady Ukrainy (VVR), 2006, N2-3, st.36. [Elektronnyi resurs] URL: <http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2961-15> (data zvernennia: 06 travnia 2022).
6. Poriadok orhanizatsii nadannia rehabilitatsiinoi dopomohy u sferi okhorony zdorovia: Postanova Kabinetu Ministriv Ukrainy vid 3 lystopada 2021 r. № 1268. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1268-2021-%D0%BF#Text> (data zvernennia: 06 travnia 2022).
7. Myroniuk I.S., Slabkyi H.O., Shafranskyi V.V., Brych V.V., Bilak-Lukianchuk V.I. Terytorialni hromady yak bazovyi riven zabezpechennia zmitsnennia ta zberezhennia zdorovia naseleння. Ukraina. Zdorovia natsii. 2021. №4 (66). S. 57-62.
8. Pro dobrovilne obiednannia terytorialnykh hromad: Zakon Ukrainy vid 5 liutoho 2015 roku № 157-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/157-19#Text> (data zvernennia: 08 travnia 2022).
9. Pro vnesennia zmin do deiakykh zakoniv Ukrainy shchodo vyznachennia terytorii ta administratyvnykh tsestriv terytorialnykh hromad: Zakon Ukrainy vid 16 kvitnia 2020 roku № 562-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/562-20#Text> (data zvernennia: 08 travnia 2022).
10. Pro skhvalennia Kontseptsii reformuvannia mistsevoho samovriaduvannia ta terytorialnoi orhanizatsii vlady v Ukraini: rozporiadzhennia Kabinetu Ministriv Ukrainy vid 1 kvitnia 2014 r. № 333-r. Ofitsiyni portal Verkhovnoi Rady Ukrainy. URL: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/333-2014-%D1%80>. (data zvernennia: 08 travnia 2022).
11. Pro derzhavni finansovi harantii medychnoho obsluhovuvannia naseleння: Zakon Ukrainy. Vidomosti Verkhovnoi Rady (VVR), 2018, № 5, st.31. [Elektronnyi resurs] URL: <https://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/2168-19> (data zvernennia: 08 travnia 2022).
12. Gimigliano F., Negrini S. The World Health Organization “Rehabilitation 2030: a call for action”. [Electronic resource]. European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine. 2017. Vol. 53, No. 2. P. 155–168. DOI <https://doi.org/10.23736/S1973-9087.17.04746-3>.
13. Global status report on noncommunicable diseases 2014 [Electronic resource]. World Health Organization, 2014. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/148114>
14. World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs sustainable development goals [Electronic resource]. Geneva : World Health Organization, 2016. 120 p. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/206498> .
15. World report on ageing and health [Electronic resource]. World Health Organization, 2015. 247 p. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/186463>.
16. Evropejskij plan dejstvuj po ukrepleniyu potentsiala i uslug obshchestvennogo zdavoohraneniya. Kopengagen : Evropejskoe regional'noe byuro VOZ, 2012 (dokument EUR/RC62/12). 52 c.

Дата надходження рукопису до редакції: 27.05.2022 р.

Мета дослідження: визначення місця фізичної реабілітації в системі збереження та зміцнення громадського здоров'я населення.

Матеріали та методи. Методи: бібліосемантичний, структурно-логічного аналізу. Матеріали: законодавчі акти з розвитку системи громадського здоров'я та реабілітації.

Результати. Представлено місце фізичної реабілітації в системі збереження та зміцнення громадського здоров'я населення на сучасному етапі розвитку суспільства та реформування системи охорони здоров'я.

Висновки. Фізична реабілітація виступає складовою збереження та зміцнення громадського здоров'я населення.

Ключові слова: фізична реабілітація, громадське здоров'я, збереження, зміцнення, роль.

Goal of research: determination of the place of physical rehabilitation in the system of preservation and strengthening of public health of the population.

Materials and methods. Methods: bibliosemantic, of structural-and-logical analysis. Materials: legislative documents on the development of the public health and rehabilitation system.

Results. The place of physical rehabilitation in the system of preservation and strengthening of public health of the population at the present stage of society development and the health care system reforming is represented in the article.

Conclusions. Physical rehabilitation is a component of preserving and strengthening public health of the population.

Key words: physical rehabilitation, public health, preserving, strengthening, role.

Відомості про автора

Співак Антоніна Петрівна – фізичний терапевт, старший викладач кафедри фізичного виховання ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; 88000, пл. Народна, 3, м.Ужгород, Україна.
antonina.spivak@uzhnu.edu.ua

Білак-Лук'янчук В.Й., Данко М.Й.

Пандемія КОВІД-19, як надзвичайна ситуація громадського здоров'я територіального рівня

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

Bilak-Lukyanchuk V.Y., Danko M.Y.

COVID-19 pandemic as an emergency of public health of territorial level

Uzhhorod National University,
Uzhhorod, Ukraine

bilak.vika@gmail.com

Вступ

У 2014 році Кабінет Міністрів України схвалив Концепцію реформування місцевого самоврядування та територіальної організації влади в країні, основною ідеєю якої була децентралізація влади в Україні і суттєве розширення повноважень територіальних громад [1]. У 2020 році Кабінет Міністрів України завершив затвердження перспективних планів усіх 24 областей України. По кожній проектній громаді за групою критеріїв проводилася оцінка її спроможності [2] здійснено визначення адміністративних центрів та затвердження територій територіальних громад [3]. За результатами прийнятих рішень 12 жовтня 2020 року був опублікований атлас нового адміністративно-територіального устрою [4].

З метою забезпечення ефективного фінансування територіальних громад 28 грудня 2014 року Верховною Радою було затверджено зміни до Бюджетного кодексу, згідно з якими об'єднані територіальні громади утворені відповідно до перспективних планів отримували б такі самі повноваження та фінансові ресурси, що і міста обласного значення [5,6]. Крім цього, ОТГ переходили на прямі міжбюджетні відносини із державним бюджетом, зокрема на пряму отримували гроші на освіту, медицину, спорт, культуру, соціальний захист [7,8].

В 2020 році ВООЗ оголосила пандемію COVID-19, яка стала глобальною економічно-соціальною та медичною проблемою [9–12]. Дана проблема стала визначальною і для України та її регіонів, що потребувало прийняття на державному рівні відповідних законодавчих та урядових рішень [13,14], проведення функціонально-організаційних змін діяльності системи охорони здоров'я [15].

Мета дослідження: дослідити визначення пандемії КОВІД-19 на рівні територіальної громади, як надзвичайної ситуації громадського здоров'я.

Матеріали та методи

Методи: бібліосемантичний, соціологічних досліджень, статистичний, структурно-логічного аналізу.

Матеріали: дані галузевої статистичної звітності, результати соціологічного дослідження яким охоплено 127 жителів Закарпатської області, 59 медичних працівників первинної медичної допомоги та 68 керівників і депутатів територіальних громад.

Результати дослідження та їх обговорення

В ході реформування територіального устрою Закарпатської області створено 6 адміністративних територій в складі яких створено 64 спроможних територіальних громади. Дані про них представлено на рисунку та в таблиці.

На початку дослідження було узагальнено та проаналізовано дані щодо розвитку епідемії COVID-19 в Закарпатській області та організаційні заходи з протидії її розвитку. Дані про епідеміологічну ситуацію з COVID-19 в Закарпатській області за період розвитку пандемії представлено в таблиці 1.

Аналіз отриманих даних, вказує на те, що в Закарпатській області відбувся значний розвиток пандемії COVID-19 з найвищими показниками рівнів захворюваності, смертності, госпіталізації та летальності в 2021 році.

Надзвичайно важливим організаційним розділом діяльності стало інформування населення з питань розвитку пандемії COVID-19 в Закарпатській області та засобів її профілактики. Важливим стало формування інформованого та мотивованого відношення населення, особливо у контингентів підвищеного ризику інфікування, до забезпечення індивідуальної профілактики захворювання.

Аналіз отриманих даних вказує на проведення значної комплексної комунікативної компанії з виділенням цільових груп комунікативного впливу з питань розвитку пандемії COVID-19 в Закарпатській області та засобів її профілактики.

Наступним кроком дослідження вивчалася питання інформаційного, економічно-соціального та медичного впливу розвитку пандемії на психічний стан населення (табл. 2).

Таблиця 1. Дані про розвиток пандемії COVID-19 в Закарпатській області

Показник	2020	2021	2022 (станом на 30 квітня)
Зареєстровано випадків захворювання всього	29566	58564	28184
Захворюваність, на 100 тис. населення	2260,2	5205,7	2505,3
Смертність, на 100 тис. населення	50,9	99,0	32,7
Госпіталізовано всього	4701	6029	2832
Летальність, %	2,3	2,7	2,4
Зареєстровано випадків захворювання серед медичних працівників	2195	1945	791
Зареєстровано випадків захворювання дітей у віці до 18 років	15	36	34

Таблиця 2. Вплив розвитку пандемії COVID-19 на психічний стан населення

Показник	Абс.	%
Пандемія COVID-19 для особи є актуальною проблемою	115	90,6
Особиста висока ймовірність інфікуватися	91	71,7
Висока ймовірність інфікуватися для членів родини	94	74,0
Готовність до щеплення від COVID-19	82	64,6
Відчуття в зв'язку з епідемією		
Занепокоєння особистим здоров'ям	109	85,8
Занепокоєння здоров'ям рідних	105	82,7
Турбуюсь за свою роботу	93	73,2
Турбуюсь за економічний стан сім'ї	93	73,2
Збільшення витрат на зниження напруги, що пов'язана із епідеміологічною ситуацією	68	53,5
Роздратований через обмеження особистої свободи	105	82,7
Відчуваю себе самотнім	67	52,8
Відчуваю стійке безсоння	53	41,7
Не можу пристосуватися до нових умов життя	49	38,6
Не впевнений у завтрашньому дні	64	50,4
Відчуваю стан депресії	41	32,3
Турбуюсь за тих, хто потребує допомоги	27	21,3
Сподіваюсь побачити покращення ситуації	82	64,6
Натхненний тим, що люди адаптуються	65	51,2
З нетерпінням чекаю повернення до нормального життя	95	74,8

Аналіз отриманих в ході дослідження та наведених в табл. 2 даних вказує на значний вплив на психічний стан опитаного населення, обставин, які викликані розвитком епідеміологічної ситуації з COVID-19 в регіоні.

Далі було проведено соціологічне дослідження серед лікарів загальної практики-сімейних лікарів з метою вивчення рівня їх готовності до надання хворим медичної допомоги та проведення протиепідемічних заходів. Отримані результати наведено в табл. 3.

Аналіз наведених в табл. 3 даних соціологічного опитування лікарів загальної практики-сімейних лікарів щодо їх готовності до надання хворим медичної допомоги та проведення протиепідемічних заходів щодо COVID-19 показав, що респонденти в своїй більшості виявилися не готовими як до надання медичної допомоги інфікованим так і до проведення протиепідемічних заходів. Через рік розвитку пандемії визнали себе готовими до надання медичної допомоги інфікованих 71,2% опитаних та частково готовими – 28,8% із них. Готовими до

проведення протиепідемічних заходів визнали себе 74,6% опитаних сімейних лікарів та частково готовими – 25,4%.

Наступним кроком дослідження було встановлення рівня готовності керівників територіальних громад до проведення протиепідемічних заходів щодо COVID-19. Отримані результати наведено в табл. 4.

Результати опитування вказали на те, що всі опитані керівники територіальних громад до проведення протиепідемічних заходів щодо COVID-19 виявилися не готовими. Через рік від початку пандемії таких виявилось 6,3%, що вказує на ефективну комунікаційну роботу медичних працівників з респондентами з питань протидії розвитку пандемії COVID-19 в регіоні.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням ефективності проведення протиепідемічних заходів розвитку COVID-19 на рівні територіальних громад.

Таблиця 3. Рівень готовності лікарів загальної практики-сімейних лікарів до надання хворим медичної допомоги та проведення протиепідемічних заходів щодо COVID-19

Показник	Абс.	%
На початку пандемії		
Готові до надання хворим медичної допомоги	-	-
Частково готові до надання хворим медичної допомоги	15	25,4
Не готові до надання хворим медичної допомоги	44	74,6
Готові до проведення протиепідемічних заходів	-	-
Частково готові до проведення протиепідемічних заходів	19	32,2
Не готові до проведення протиепідемічних заходів	40	67,8
Через рік від початку пандемії		
Готові до надання хворим медичної допомоги	42	71,2
Частково готові до надання хворим медичної допомоги	17	28,8
Не готові до надання хворим медичної допомоги	-	-
Готові до проведення протиепідемічних заходів	44	74,6
Частково готові до проведення протиепідемічних заходів	15	25,4
Не готові до проведення протиепідемічних заходів	-	-

Таблиця 4. Рівень готовності керівників територіальних громад до проведення протиепідемічних заходів щодо COVID-19

Показник	Абс.	%
На початку пандемії		
Готові до впровадження жовтої, помаранчевої, червоної карантинних зон на території громади	-	-
Частково готові до впровадження жовтої, помаранчевої, червоної карантинних зон на території громади	-	-
Не готові до впровадження жовтої, помаранчевої, червоної карантинних зон на території громади	68	100,0
Через рік від початку пандемії		
Готові до впровадження жовтої, помаранчевої, червоної карантинних зон на території громади	21	31,9
Частково готові до впровадження жовтої, помаранчевої, червоної карантинних зон на території громади	42	61,8
Не готові до впровадження жовтої, помаранчевої, червоної карантинних зон на території громади	5	6,3

Висновки

Встановлено, що для переважної більшості опитаного населення Закарпатської області пандемія COVID-19 є особистою актуальною проблемою, яка викликає занепокоєння з питань збереження особистого здоров'я, роботи та фінансової безпеки і призводить до порушення в психологічному стані. При цьому тільки 64,6%, незважаючи на високу оцінку ризику інфікування коронавірусом, готові зробити щеплення від COVID-19. Значна частка опитаних не впевнені у завтрашньому дні, але прагнуть повернення до нормального життя.

Запропоновані заходи для системи громадського здоров'я з питань збереження психічного здоров'я на період розвитку пандемії COVID-19.

В ході проведеного дослідження також було встановлено, що більшість опитаних лікарів загальної практики-сімейних лікарів та керівників територіальних громад виявилися не готовими до проведення до проведення протиепідемічних заходів щодо COVID-19, що дозволяє характеризувати пандемію COVID-19 надзвичайною ситуацією громадського здоров'я на рівні територіальної громади.

Література

1. Про схвалення Концепції реформування місцевого самоврядування та територіальної організації влади в Україні: розпорядження Кабінету Міністрів України від 1 квітня 2014 р. № 333-р. Офіційний портал Верховної Ради України. URL: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/333-2014-%D1%80> (дата звернення: 15 травня 2022).
2. Перспективні плани формування територій громад – крок до нової системи організації влади на місцях [Електронний ресурс]. URL: decentralization.gov.ua (дата звернення: 15 травня 2022).
3. Те, чого ніколи не було в Україні: Уряд затвердив адмінтерустрій базового рівня, що забезпечить повсюдність місцевого самоврядування [Електронний ресурс]. URL: decentralization.gov.ua (дата звернення: 15 травня 2022).
4. З'явився атлас нового адміністративно-територіального устрою України. [Електронний ресурс]. URL: decentralization.gov.ua (дата звернення: 16 травня 2022).
5. Про внесення змін до Бюджетного кодексу України щодо зарахування рентної плати за користування надрами для видобування нафти, природного газу та газового конденсату: Закон України від 20 грудня 2016 року № 1793-VIII. Офіційний портал Верховної Ради України. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1793-19> (дата звернення: 18 травня 2022).
6. Про внесення змін до Бюджетного кодексу України щодо реформи міжбюджетних відносин: Закон України від 28.12.2014 року № 79-VIII/ URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/79-19#Text> (дата звернення: 18 травня 2022).
7. Про внесення змін до Бюджетного кодексу України: Закон України від 07.12.2017 року № 2233-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2233-19#Text> (дата звернення: 18 травня 2022).
8. Про затвердження Методики формування спроможних територіальних громад: постанова Кабінету Міністрів України від 8 квітня 2015 року № 214. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/214-2015-%D0%BF#Text> (дата звернення: 18 травня 2022).
9. Резолюція Генеральної Ассамблеї ООН от 2 апреля 2020 года № 74/270 «Глобальная солидарность в борьбе с коронавирусом 2019 года (COVID-19)». URL: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N20/301/85/PDF/N2030185.pdf?OpenElement> (дата звернення: 19 травня 2022).
10. Резолюція Генеральної Ассамблеї ООН от 20 апреля 2020 года № 74/274 «Международное сотрудничество в целях обеспечения глобального доступа к лекарствам, вакцинам и медицинскому оборудованию для противодействия COVID-19». URL: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N20/301/85/PDF/N2030185.pdf?OpenElement> (дата звернення: 19 травня 2022).
11. Резолюція Генеральної Ассамблеї ООН от 11 сентября 2020 года № 74/306 «Всеобъемлющие и скоординированные меры реагирования на пандемию коронавирусного заболевания (COVID-19)». URL: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N20/301/85/PDF/N2030185.pdf?OpenElement> (дата звернення: 19 травня 2022).
12. Резолюція Генеральної Ассамблеї ООН от 11 сентября 2020 года № 74/307 «Объединенный ответ на глобальные угрозы здоровью: борьба с коронавирусом 2019 года (COVID-19)». URL: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N20/301/85/PDF/N2030185.pdf?OpenElement> (дата звернення: 19 травня 2022).
13. Постанова Кабінету Міністрів України від 20 травня 2020 р. № 392 «Про встановлення карантину з метою запобігання поширенню на території України гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2». URL: <https://covid19.phc.org.ua/#question-answer> (дата звернення: 21 травня 2022).
14. Постанова Кабінету Міністрів України від 22 липня 2020 року № 641 «Про встановлення карантину та запровадження посилених протиепідемічних заходів на території із значним поширенням гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2». URL: <https://covid19.phc.org.ua/#question-answer> (дата звернення: 21 травня 2022).
15. Наказ МОЗ України від 29.09.2021 № 2073 "Про введення в дію Рішення оперативного штабу Міністерства охорони здоров'я України з реагування на ситуації з поширення інфекційних хвороб, яким можна запобігти шляхом вакцинації від 20 вересня 2021 року". URL: <https://moz.gov.ua/nakazi-scho-vvodjat-u-diju-rishennja-operativnogo-shtabu-moz-ukraini> (дата звернення: 21 травня 2022).

References

1. Pro skhvalennia Kontseptsii reformuvannia mistsevoho samovriaduvannia ta terytorialnoi orhanizatsii vlady v Ukraini: rozporiadzhennia Kabinetu Ministriv Ukrainy vid 1 kvitnia 2014 r. № 333-r. Ofitsiyni portal Verkhovnoi Rady Ukrainy. URL: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/333-2014-%D1%80> (data zvernennia: 15 travnia 2022).
2. Perspektyvni plany formuvannia terytorii hromad – krok do novoi systemy orhanizatsii vlady na mistsiakh [Elektronnyi resurs]. URL: decentralization.gov.ua (data zvernennia: 15 travnia 2022).
3. Te, choho nikoly ne bulo v Ukraini: Uriad zatverdyv adminterustrii bazovoho rivnia, shcho zabezpechyt povsiudnist mistsevoho samovriaduvannia [Elektronnyi resurs]. URL: decentralization.gov.ua (data zvernennia: 15 travnia 2022).

4. Ziavyvsia atlas novoho administratyvno-terytorialnoho ustroiu Ukrainy. [Elektronnyi resurs]. URL: decentralization.gov.ua (data zvernennia: 16 travnia 2022).
5. Pro vnesennia zmin do Biudzhetnoho kodeksu Ukrainy shchodo zarakhuvannia rentnoi platy za korystuvannia nadramy dlia vydobuvannia nafty, pryrodnoho hazu ta hazovoho kondensatu: Zakon Ukrainy vid 20 hrudnia 2016 roku № 1793-VIII. Ofitsiinyi portal Verkhovnoi Rady Ukrainy. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1793-19> (data zvernennia: 18 travnia 2022).
6. Pro vnesennia zmin do Biudzhetnoho kodeksu Ukrainy shchodo reformy mizhbiudzhetnykh vidnosyn: Zakon Ukrainy vid 28.12.2014 roku № 79-VIII/ URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/79-19#Text> (data zvernennia: 18 travnia 2022).
7. Pro vnesennia zmin do Biudzhetnoho kodeksu Ukrainy: Zakon Ukrainy vid 07.12.2017 roku № 2233-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2233-19#Text> (data zvernennia: 18 travnia 2022).
8. Pro zatverdzhennia Metodyky formuvannia spromozhnykh terytorialnykh hromad: postanova Kabinetu Ministriv Ukrainy vid 8 kvitnia 2015 roku № 214. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/214-2015-%D0%BF#Text> (data zvernennia: 18 travnia 2022).
9. Rezolyuciya General'noj Assamblei OON ot 2 aprelya 2020 goda № 74/270 «Global'naya solidarnost' v bor'be s koronavirusnym zabolevaniem 2019 goda (COVID-19)». URL: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N20/301/85/PDF/N2030185.pdf?OpenElement> (data zvernennia: 19 travnya 2022).
10. Rezolyuciya General'noj Assamblei OON ot 20 aprelya 2020 goda № 74/274 «Mezhdunarodnoe sotrudnichestvo v celyah obespecheniya global'nogo dostupa k lekarstvam, vakcinam i medicinskomu oborudovaniyu dlya protivodejstviya COVID-19». URL: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N20/301/85/PDF/N2030185.pdf?OpenElement> (data zvernennia: 19 travnya 2022).
11. Rezolyuciya General'noj Assamblei OON ot 11 sentyabrya 2020 goda № 74/306 «Vseob'emlyushchie i skoordirovannye mery reagirovaniya na pandemiyu koronavirusnogo zabolevaniya (COVID-19)». URL: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N20/301/85/PDF/N2030185.pdf?OpenElement> (data zvernennia: 19 travnya 2022).
12. Rezolyuciya General'noj Assamblei OON ot 11 sentyabrya 2020 goda № 74/307 «Ob'edinennyj otvet na global'nye ugrozy zdorov'yu: bor'ba s koronavirusnym zabolevaniem 2019 goda (COVID-19)». URL: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N20/301/85/PDF/N2030185.pdf?OpenElement> (data zvernennia: 19 travnya 2022).
13. Postanova Kabinetu Ministriv Ukrainy vid 20 travnia 2020 r. № 392 «Pro vstanovlennia karantynu z metoiu zapobihannia poshyrenniu na terytorii Ukrainy hostroi respiratornoi khvoroby COVID-19, sprychynenoi koronavirusom SARS-CoV-2». URL: <https://covid19.phc.org.ua/#question-answer> (data zvernennia: 21 travnia 2022).
14. Postanova Kabinetu Ministriv Ukrainy vid 22 lypnia 2020 roku № 641 «Pro vstanovlennia karantynu ta zaprovadzhenia posylenykh protyepidemichnykh zakhodiv na terytorii iz znachnym poshyrenniem hostroi respiratornoi khvoroby COVID-19, sprychynenoi koronavirusom SARS-CoV-2». URL: <https://covid19.phc.org.ua/#question-answer> (data zvernennia: 21 travnia 2022).
15. Nakaz MOZ Ukrainy vid 29.09.2021 № 2073 "Pro vvedennia v diiu Rishennia operatyvnoho shtabu Ministerstva okhorony zdorovia Ukrainy z reahuvannia na sytuatsii z poshyrennia infektsiinykh khvorob, yakym mozhna zapobihty shliakhom vaksynatsii vid 20 veresnia 2021 roku". URL: <https://moz.gov.ua/nakazi-scho-vvodjat-u-diju-rishennja-operativnogo-shtabu-moz-ukraini> (data zvernennia: 21 travnia 2022).

Дата надходження рукопису до редакції: 03.06.2022 р.

Мета дослідження: дослідити визначення пандемії КОВІД-19 на рівні територіальної громади, як надзвичайної ситуації громадського здоров'я.

Матеріали та методи. Методи: бібліосемантичний, соціологічних досліджень, статистичний, структурно-логічного аналізу. Матеріали: дані галузевої статистичної звітності, результати соціологічного дослідження яким охоплено 127 жителів Закарпатської області, 59 медичних працівників первинної медичної допомоги та 68 керівників і депутатів територіальних громад.

Результати. В ході адміністративно-територіальної реформи в Закарпатській області сформовано 64 територіальних громад. Встановлено високий рівень ураженості населення Закарпатської області на КОВІД-19. До проведення карантинних профілактичних заходів керівники територіальних громад та медичні працівники первинної ланки явились не готовими, а для більшості населення пандемія КОВІД-19 стала особистою проблемою.

Висновки. В ході дослідження встановлено, що пандемія КОВІД-19 виявилася надзвичайною ситуацією громадського здоров'я на рівні територіальної громади.

Ключові слова: територіальні громади, КОВІД-19, пандемія, громадське здоров'я, надзвичайна ситуація.

Goal of the research is to investigate the definition of the COVID-19 pandemic at the level of local community as a public health emergency.

Materials and methods. Methods: bibliosemantic, sociological research, statistical, structural and logical analysis. Materials: data of sectoral statistical reporting, the results of the sociological survey which covered 127 residents of Transcarpathian region, 59 primary health care workers and 68 heads and deputies of territorial communities.

Results. In the course of administrative and territorial reform in Transcarpathian region, 64 territorial communities were formed. There was a high level of disease exposure of the population of Transcarpathian region to COVID-19. Leaders of local communities and primary health care workers appeared not to be ready for quarantine prevention measures, and COVID-19 pandemic became a personal problem for the majority of the population.

Conclusions. The research found that COVID-19 pandemic turned out to be a public health emergency at the community level.

Key words: territorial communities, COVID-19, pandemic, public health, emergency.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflict of interest: absent.

Відомості про авторів

Білак-Лук'янчук Вікторія Йосипівна – к.мед.н., доц., доцент кафедри наук про здоров'я факультету здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

bilak.vika@gmail.com.

Данко Мирослав Йосипович – лікар-інтерн, Комунальне некомерційне підприємство «Центр Первинної медико-санітарної допомоги» Тур'є Реметівської сільської ради Закарпатської області.

slavadanko1997@gmail.com.

Миرونюк В.І.

Характеристика звернень населення за амбулаторною медичною допомогою в зв'язку з депресивними розладами

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

Myroniuk V.I.

Characteristics of appeals of the population for outpatient medical care related to depressive disorders

Uzhhorod National University,
Uzhhorod, Ukraine

viktoriia.myroniuk1994@gmail.com

Вступ

Дані ВООЗ вказують на те, що депресія це найпоширеніший психічний розлад, на який у світі страждає майже 300 млн людей. Депресія може призвести до самогубства, від якого щорічно вмирає близько 800 тис. осіб – це друга за частотою причина смерті серед молоді у віці від 15 до 29 років життя [1].

За результатами проведених епідеміологічних досліджень, депресія спричиняє низку порушень соціального функціонування, що є значно тяжчими за наслідки таких хронічних соматичних захворювань, як стенокардія, артрит, бронхіальна астма та діабет [2]. На думку деяких вчених, депресивні розлади слід вважати одним із найважливіших чинників соціально-економічних проблем, що виникають унаслідок порушення здоров'я [3,4]. За прогнозами ВООЗ, депресивні розлади посідатимуть друге місце у світі після захворювань системи кровообігу як чинник інвалідності [5,6]. При цьому у деяких країнах Західної Європи депресія уже стає першим чинником втрати повноцінних років життя [7]. Соціальна значущість депресії зумовлена не лише негативним впливом депресивних розладів на якість життя самих пацієнтів. Допомога хворим на депресію передбачає значні витрати на їх лікування та соціальне забезпечення [8,9]. Ще один аспект тягаря вказаної хвороби – це втрати економічних та соціальних можливостей, яких зазнають особи з депресивними розладами та їхні родичі [10].

Мета: дослідити звернення населення Закарпатської області за спеціалізованою амбулаторно-поліклінічною медичною допомогою в зв'язку з депресивними розладами.

Матеріали та методи

Матеріали дослідження: статистичні звіти за формою №10 (річна) «Звіт щодо надання психіатричної допомоги населенню» за період 2018-2020 рр по системі охорони здоров'я України, КНП «Закарпатська обласна клінічна лікарня ім. А. Новака» Закарпатської обласної Ради та приватному спеціалізованому ЗОЗ Товариство з обмеженою відповідальністю «Нейромед» м. Ужгород.

Методи дослідження: статистичний, структурно-логічного аналізу.

Результати дослідження та їх обговорення

Відповідно до програми дослідження вивчалось питання звернення населення за спеціалізованою амбулаторно-поліклінічною медичною допомогою в зв'язку з депресивними розладами в цілому до закладів системи охорони здоров'я України та до КНП «Закарпатська обласна клінічна лікарня ім. А. Новака» Закарпатської обласної Ради та приватному спеціалізованому ЗОЗ Товариство з обмеженою відповідальністю «Нейромед» м. Ужгород в динаміці трьох років: 2018-2020 рр.

Зведені статистичні дані наведені в таблиці.

Аналіз наведених в таблиці даних статистичних звітів вказує на те, що в цілому в Україні кількість звернень населення в зв'язку з депресивним епізодом за роки дослідження збільшилася з 4069 до 5799 (1,43 разів) при цьому кількість первинних звернень збільшилася з 1517 до 2327 (1,53 разів).

При цьому кількість звернень з приводу рекурентного депресивного розладу збільшилася з 3580 до 4552 (1,27 разів), а кількість первинних звернень збільшилася з 761 до 968 (1,27 разів).

Характеризуючи контингенти населення, які зверталися в 2020 році з приводу депресивного епізоду необхідно відмітити, що серед них жінки склали 69,5%, жителі міст – 76,0%, молоді люди – 21,7% і що в результаті лікування у 14,7% наступило одужання, або стійка ремісія.

Характеризуючи контингенти населення, які зверталися в 2020 р. з приводу рекурентного депресивного розладу необхідно зазначити, що серед них жінки склали 72,2%, жителі міст 73,7%, молоді люди – 17,0% і що в результаті лікування у 7,2% наступило одужання, або стійка ремісія.

Далі нами було проаналізовано показники звернення населення Закарпатської області з приводу депресивних розладів за амбулаторно-поліклінічною допомогою до КНП «Закарпатська обласна клінічна лікарня ім. А. Новака» Закарпатської обласної Ради.

Таблиця. Звернення населення за амбулаторною спеціалізованою медичною допомогою з приводу депресій

Найменування	Рік	Всього	Звернулися вперше																	
			Стать				Місце проживання				Вік				Припинення лікування					
			Чоловік		Жінка		Місто		Село		Молодий		Похиллий		Всього	Одужання, стійка ремісія				
абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%					
Дані по Україні																				
Депресивний епізод	2018	4069	1517	37,3	468	30,9	1049	69,1	1084	71,5	433	28,5	1201	79,2	316	20,8	1536	37,7	630	15,5
	2019	5259	2037	38,7	675	33,1	1362	66,9	1513	74,3	524	25,7	1579	77,5	458	22,5	1806	34,3	865	16,4
	2020	5799	2327	40,1	709	30,5	1618	69,5	1769	76,0	558	24,0	1935	83,2	392	16,8	2268	39,1	851	14,7
Рекурентний депресивний розлад	2018	3580	761	21,3	200	26,3	561	73,7	495	65,0	266	35,0	524	68,9	237	31,1	1026	28,7	372	10,4
	2019	4375	830	19,0	228	27,5	602	72,5	570	68,7	260	31,3	550	66,3	280	33,7	1375	31,4	373	8,5
	2020	4552	968	21,3	269	27,8	699	72,2	713	73,7	255	26,3	716	74,0	252	26,0	1471	32,3	326	7,2
Товариство з обмеженою відповідальністю «Нейромед» м. Ужгород																				
Депресивний епізод	2018	12	9	75,0	5	55,6	4	44,4	5	55,6	4	44,4	7	77,8	2	22,2	-	-	-	-
	2019	19	9	47,4	5	55,6	4	44,4	5	55,6	4	44,4	7	77,8	2	22,2	-	-	-	-
	2020	16	12	75,0	8	66,7	4	33,3	2	16,7	10	83,3	10	83,3	2	16,7	-	-	-	-
Рекурентний депресивний розлад	2018	12	6	75,0	-	-	6	100,0	6	100,0	-	-	6	100,0	-	-	-	-	-	-
	2019	12	6	50,0	-	-	6	100,0	6	100,0	-	-	6	100,0	-	-	-	-	-	-
	2020	11	7	63,6	4	57,1	3	42,9	7	100,0	-	-	7	100,0	-	-	-	-	-	-
КНП «Закарпатська обласна клінічна лікарня ім. А. Новака» Закарпатської обласної ради																				
Депресивний епізод	2018	187	94	50,3	38	40,4	56	59,6	75	79,8	19	20,2	85	90,4	9	9,6	42	22,5	29	15,5
	2019	304	138	45,4	70	50,7	68	49,3	110	79,7	28	20,3	125	90,6	13	9,4	69	22,7	56	18,4
	2020	47	36	76,6	30	83,3	6	16,7	3	8,3	33	91,7	36	100,0	-	-	8	17,0	-	-
Рекурентний депресивний розлад	2018	2	1	50,0	1	100,0	-	-	1	100,0	-	-	1	100,0	-	-	-	-	-	-
	2019	18	8	44,4	6	75,0	2	25,0	8	100,0	-	-	8	100,0	-	-	-	-	-	-
	2020	84	84	100	44	52,38	40	47,62	9	10,7	44	52,4	84	100,0	-	-	16	19,0	-	-

Аналіз наведених статистичних звітів дозволив встановити, що кількість звернень населення до КНП «Закарпатська обласна клінічна лікарня ім. А. Новака» в зв'язку з депресивним епізодом за амбулаторно-поліклінічною допомогою за роки дослідження зменшилася з 184 до 47 (3,9 разів) при цьому кількість первинних звернень зменшилася з 94 до 36 (2,6 разів).

В ході проведення аналізу було встановлено що кількість звернень з приводу рекурентного депресивного розладу збільшилася з 2 до 84 (42 рази), а кількість первинних звернень збільшилася з 1 до 84 (84 рази).

При цьому необхідно відмітити, що серед контингентів населення, які зверталися в 2020 р. з приводу депресивного епізоду до даного ЗОЗ в своїй більшості склали: чоловіки – 83,3%, жителі сільської місцевості – 91,7%, молоді люди 30,6% у яких в результаті отриманого лікування не наступило одужання або стійка ремісія.

Серед контингентів населення, які зверталися в 2020 р. з приводу рекурентного депресивного розладу до КНП «Закарпатська обласна клінічна лікарня ім. А. Новака» в своїй більшості склали: чоловіки – 52,38%, жителі сільської місцевості – 52,4%, молоді люди – 44,0% у яких в результаті отриманого лікування не наступило одужання або стійка ремісія.

Наступним кроком дослідження було проаналізовано показники звернення населення Закарпатської області з приводу депресивних розладів за амбулаторно-поліклінічною допомогою до приватного спеціалізованого ЗОЗ товариство з обмеженою відповідальністю «Нейромед», яке працює в м. Ужгород.

Аналіз даних статистичних звітів дозволив встановити, що кількість звернень населення до ТОВ «Нейромед» в зв'язку з депресивним епізодом за амбулаторно-поліклінічною допомогою за роки дослідження збільшилася з 12 до 16 (1,33 разів) при цьому кількість первинних звернень збільшилася з 9 до 12 (1,33 разів).

В ході проведення аналізу було встановлено що кількість звернень з приводу рекурентного депресивного розладу зменшилася з 12 до 11 (1,09 разів), а кількість первинних звернень збільшилася з 6 до 7 (1,17 разів).

При цьому необхідно відмітити, що серед контингентів населення, які зверталися в 2020 році до ТОВ «Нейромед» з приводу депресивного епізоду в своїй більшості склали: чоловіки – 66,7%, жителі села – 83,3%.

Серед контингентів населення, які зверталися в 2020 році до ТОВ «Нейромед» з приводу рекурентного депресивного розладу в своїй більшості склали: чоловіки – 57,1%, жителі міст – 100,0%.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з дослідженням якості життя осіб, що страждають на депресію та членів їх сімей.

Висновки

За результатами дослідження встановлено, що в цілому по Україні відмічається збільшення кількості населення, яке звертається за спеціалізованою амбулаторно-поліклінічною медичною допомогою з приводу депресивних розладів в динаміці 2018-2020 років. При цьому переважну частку із них складають жінки, які проживають в містах. Аналіз статистичних даних вказує, що одужання або стійка ремісія при депресивних епізодах наступають в межах 15%, а при рекурентному депресивному розладі менше ніж в 10% випадків.

В ЗОЗ Закарпатської області відмічена тенденція до зменшення кількості населення, яке звертається за амбулаторно-поліклінічною допомогою з приводу депресивних розладів. При цьому переважну частку із них складають чоловіки, які проживають в сільській місцевості. Частка хворих у яких в результаті лікування наступило одужання або стійка ремісія є нижчим ніж в цілому в Україні.

Література

1. 10 жовтня – День психічного здоров'я. Що таке депресія та хто в зоні ризику. [Електронний ресурс]. URL: <https://suspilne.media/9022-so-take-depresia-i-comu-v-nij-ne-sogomno-ziznatisa/> (дата звернення: 23 травня 2022).
2. Sobocki P., Ekman M., Agren H. et al. Health-related quality of life measured with EQ-5D in patients treated for depression in primary care. *Value Health*. 2007. 10: 153-60.
3. Moussavi S., Chatteraji S., Verdes E. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet*. 2007. 370. 851-8.
4. Prince M., Patel V., Saxena S. et al. No health without mental health. *Lancet*. 2007. 370. 859-77.
5. Ayuso J.L. Concepto y clasificacion. Aspectos epidemiologicos y significado socioeconomico de la depresion. *Salud Rural*. 1999. 3: 107-109.
6. Murray C.J.L., Lopez A.D. The global burden of disease, a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Harvard: Harvard University Press, 1996.
7. Wittchen H.U., Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. *Eur. Neuropsychopharmacol*. 2005. 15: 357-366.
8. Knapp M. Hidden costs of mental illness. *Br. J. Psychiatry*. 2003. 183: 477-478.
9. Valladares A., Dilla T., Sacristan J.A. Depression: a social mortgage. Latest advances in knowledge of the cost of the disease. *Actas. Esp. Psiquiatr*. 2009. 7(1): 49-53.
10. Lopez-Bastida J., Serrano-Aguilar P., Duque-Gonzalez B. Costes socioeconomicos de las enfermedades mentales en las Islas Canarias en. *Aten Prim*. 2002. 34: 32-38.

References

1. 10 zhovtnia – Den psykhičnoho zdorovia. Shcho take depresia ta khto v zoni ryzyku. [Elektronnyi resurs]. URL: <https://suspilne.media/9022-so-take-depresia-i-comu-v-nij-ne-soromno-ziznatisa/> (data zvernennia: 23 travnia 2022).
2. Sobocki P., Ekman M., Agren H. et al. Health-related quality of life measured with EQ-5D in patients treated for depression in primary care. *Value Health*. 2007. 10: 153-60.
3. Moussavi S., Chatteraji S., Verdes E. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet*. 2007. 370. 851-8.
4. Prince M., Patel V., Saxena S. et al. No health without mental health. *Lancet*. 2007. 370. 859-77.
5. Ayuso J.L. Concepto y clasificacion. Aspectos epidemiologicos y significado socioeconomico de la depresion. *Salud Rural*. 1999. 3: 107-109.
6. Murray C.J.L., Lopez A.D. The global burden of disease, a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Harvard: Harvard University Press, 1996.
7. Wittchen H.U., Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. *Eur. Neuropsychopharmacol*. 2005. 15: 357-366.
8. Knapp M. Hidden costs of mental illness. *Br. J. Psychiatry*. 2003. 183: 477-478.
9. Valladares A., Dilla T., Sacristan J.A. Depression: a social mortgage. Latest advances in knowledge of the cost of the disease. *Actas. Esp. Psiquiatr*. 2009. 7(1): 49-53.
10. Lopez-Bastida J., Serrano-Aguilar P., Duque-Gonzalez B. Costes socioeconomicos de las enfermedades mentales en las Islas Canarias en. *Aten Prim*. 2002. 34: 32-38.

Дата надходження рукопису до редакції: 03.06.2022 р.

Мета: дослідити звернення населення Закарпатської області за спеціалізованою амбулаторно-поліклінічною медичною допомогою в зв'язку з депресивними розладами.

Матеріали та методи. Матеріали дослідження: статистичні звіти за формою №10 (річна) «Звіт щодо надання психіатричної допомоги населенню» за період 2018-2020 рр. комунального та приватного закладів охорони здоров'я Закарпатської області. Методи дослідження: статистичний, структурно-логічного аналізу.

Результати. Відмічена тенденція до зменшення кількості населення Закарпатської області, яке звертається за амбулаторно-поліклінічною допомогою з приводу депресивних розладів. Переважну частку пацієнтів складають чоловіки, які проживають в сільській місцевості. Частка хворих у яких в результаті лікування наступило одужання або стійка ремісія є нижчим ніж в цілому в Україні.

Висновки. Результати дослідження вказують на необхідність оптимізації системи амбулаторної медичної допомоги при депресивних розладах.

Ключові слова: депресивні розлади, амбулаторна медична допомога, звернення, населення, Закарпатська область.

Goal of research: to study the appeal of the population of Transcarpathian region for specialized outpatient medical care related to depressive disorders.

Materials and methods. Research materials: statistical reports according to the form №10 (annual) "Report on the provision of psychiatric care to the population" for the period 2018-2020 of communal and private health care institutions of the Transcarpathian region. Methods of research: bibliosemantic, of structural-and-logical analysis.

Results. The tendency to the decrease of the number of the population seeking outpatient and polyclinic care for depressive disorders is registered. Most of these patients are men living in rural areas. The proportion of patients whose treatment resulted in recovery or persistent remission is lower than in Ukraine as a whole.

Conclusions. The results of the study indicate the need to optimize the system of outpatient medical care for depressive disorders.

Key words: depressive disorders, outpatient medical care, treatment, population, Transcarpathian region.

Відомості про автора

Миронюк Вікторія Іванівна – аспірант факультету здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.
viktoriiia.myroniuk1994@gmail.com.

Кравченко С.В.

Історичні аспекти інформаційно-аналітичного супроводу діяльності Державної санітарно-епідеміологічної служби України в контексті виконання оперативних функцій громадського здоров'я

ДУ "Інститут громадського здоров'я імені О.М. Марзєєва НАМН України", м. Київ, Україна

Kravchenko S.V.

Historical aspects of the informational and analytical support of the activities of the State Sanitary and Epidemiological Service of Ukraine in the context of the operational functions of public health implementation

SI "O.M. Marziciev Institute for Public Health of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine", Kyiv, Ukraine

nmpu@ukr.net

Вступ

Прийняття Україною парадигми громадського здоров'я передбачає трансформацію центрального органу державної влади у сфері охорони здоров'я із органу формування та реалізації державної політики у орган державної влади, що координує ці процеси [1]. Протягом останніх років в Україні заплановано створення системи громадського здоров'я і в даний час проводиться робота з її формування. Міністерство охорони здоров'я України (МОЗ) відповідно до свого положення відповідальне за реалізацію всіх 10 основних оперативних функцій громадського здоров'я (безпосередньо самостійно забезпечує 121 завдання, та 25 спільно з іншими центральними органами виконавчої влади), в свою чергу Державна санітарно-епідеміологічна служба України (Держсанепідслужба) до ліквідації виконувала 147 завдань, з яких 72 завдання повинні були передані МОЗ України, 39 завдань перейти до інших центральних органів виконавчої влади (ЦОВВ), 36 передбачалось ліквідувати у рамках задекларованої політики про зниження контролюючого тиску на бізнес [2]. Виконання Держсанепідслужбою зазначених завдань потребувало інформаційно-аналітичного супроводу для ухвалення ефективних управлінських рішень.

Мета роботи полягає в аналізі системи інформаційно-аналітичного супроводу Держсанепідслужби в контексті виконання завдань десяти основних оперативних функцій громадського здоров'я та виявленні наявних проблем у зазначеній галузі.

Матеріали та методи, що використані при виконанні роботи: бібліосемантичний, структурно-логічного аналізу, системного підходу та аналізу, контент-аналіз.

Результати дослідження та їх обговорення

У вересні 2012 р. відбулася шістдесят друга сесія Європейського регіонального комітету Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), на якій було ухвалено Європейський план дій (СПД) щодо зміцнення потенціалу та послуг громадського здоров'я, та відповідну резолюцію (EUR/RC62/R5). Ці акти стали одними з основних компонентів всеосяжної нової Європейської політики на користь здоров'я та благополуччя Здоров'я-2020. В них визначені 10 основних оперативних функцій громадського здоров'я (ОФГЗ), які можуть адаптувати країни європейського регіону і спільно працювати над їх виконанням під керівництвом і за підтримки ВООЗ з метою зміцнення послуг і потенціалу громадського здоров'я [3].

Десять основних ОФГЗ запропоновані в формі докладного переліку для оцінювання потенціалу та послуг системи громадського здоров'я, а також дій, необхідних для їх покращення. Вони належать до найважливіших послуг системи громадського здоров'я, а саме: 1) Епідагляд та оцінювання стану здоров'я і благополуччя населення; 2) Моніторинг та реагування на небезпеки для здоров'я і під час надзвичайних ситуацій у сфері охорони здоров'я; 3) Захист здоров'я, у тому числі забезпечення безпеки навколишнього середовища, праці, харчових продуктів тощо; 4) Зміцнення здоров'я, у тому числі вплив на соціальні детермінанти і скорочення нерівностей за показниками здоров'я; 5) Профілактика хвороб, у тому числі раннє виявлення порушень здоров'я; 6) Забезпечення стратегічного управління в інтересах здоров'я і благополуччя; 7) Забезпечення сфери суспільної громадського охорони здоров'я достатньою кількістю кваліфікованими кадрами; 8) Створення стійких організаційних структур і забезпечення їх фінансування; 9) Інформаційно-роз'яснювальна діяльність (адвокація), комунікація та соціальна мобілізація в інтересах здоров'я;

10) Сприяння розвитку досліджень у сфері охорони здоров'я для наукового обґрунтування відповідної політики і практики [4].

Слід зауважити, що в Україні центральним елементом системи громадського здоров'я тривалий час була Держсанепідслужба, діяльність якої була спрямована на забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення [5]. Виконання зазначених завдань неможливе без належної організації інформаційно-аналітичного супроводу. Це пояснюється тим фактом, що ефективність управлінської діяльності органів державної влади напряму залежить від рівня їхньої інформаційно-аналітичної та наукової підтримки [6].

Організаційні засади інформаційно-аналітичного супроводу органів державної влади щодо громадського здоров'я визначає санітарне законодавство, що складається з: Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» 1992 р., Закону України «Про забезпечення санітарного та епідеміологічного благополуччя населення» 1994 р., Закону України «Про захист населення від інфекційних хвороб» 2000 р., Закону України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» 1991 р., Закону України «Про протидію захворюванню на туберкульоз» 2000 р., та Правил санітарної охорони території України 2011 р., затверджених Постановою Кабінету Міністрів України (КМУ) [7].

Саме Держсанепідслужба зі статусом ЦОВВ, діяльність якого спрямовувалась і координувалась КМУ через Міністра охорони здоров'я України, значною мірою виконувала завдання, передбачені вказаними актами законодавства, Держсанепідслужба була утворена Указом Президента України №1085/2010 від 09.12.2010 р., який поклав на неї завдання з внесення пропозицій щодо формування державної політики у галузі санітарного та епідемічного благополуччя населення і реалізації державної політики у цій сфері [8].

У межах своїх завдань Держсанепідслужба виконувала наступні основні функції, що потребували інформаційно-аналітичного супроводу:

- узагальнення практики застосування законодавства з питань, що належать до її компетенції;
- державний санітарно-епідеміологічний нагляд та контроль за дотриманням вимог санітарного законодавства;
- аналіз причин і умов погіршення санітарної та епідемічної ситуації, підготовку пропозицій щодо санітарних та протиепідемічних (профілактичних) заходів і контроль за їх проведенням;
- державний соціально-гігієнічний моніторинг, моніторинг атмосферного повітря, поверхневих вод суші й питної води, морських вод, мінеральних і термальних вод, лікувальних грязей, озокериту, ропи лиманів і озер, ґрунтів, фізичних факторів у місцях відпочинку населення, у тому числі на природних територіях курортів, та моніторинг забруднення вод у районах водозаборів, які перебувають у зоні впливу аварії, стихійного лиха, катастрофи;

- аналіз небезпечних для здоров'я людини факторів середовища життєдіяльності людини, виробничого середовища та організує здійснення державного санітарно-епідеміологічного нагляду на усіх етапах виробництва та реалізації нехарчової продукції;

- відбір зразків, вимірювання, випробування і дослідження з метою визначення впливу на стан здоров'я і життя людини повітря, води, ґрунту;

- аналіз та оцінка ризику для здоров'я і життя людини, обґрунтування заходів з управління ризиком, обстеження, розслідування, лабораторні та інструментальні дослідження і випробування, а також санітарну, гігієнічну, токсикологічну, епідеміологічну та інші види оцінки середовища життєдіяльності людини, об'єктів, нехарчової продукції, робіт, послуг, проектної та нормативної документації і видає висновки щодо їх відповідності вимогам санітарних норм;

- вивчення, оцінка і прогнозування показників здоров'я населення залежно від стану середовища життєдіяльності, визначає фактори, що шкідливо впливають на стан здоров'я людини, аналіз причин та умов виникнення і поширення інфекційних хвороб, професійних захворювань, масових неінфекційних захворювань (отруєнь), радіаційних уражень людей;

- державний облік інфекційних хвороб, професійних захворювань, масових неінфекційних захворювань (отруєнь), радіаційних уражень людей;

- проведення державної санітарно-епідеміологічної експертизи і видача висновків щодо відповідності об'єктів експертизи вимогам санітарного законодавства;

- участь разом з Національною академією наук України, Національною академією медичних наук України в організації та проведенні наукових досліджень з пріоритетних напрямів розвитку медичної науки у сфері забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення.

Держсанепідслужбу очолював Головний державний санітарний лікар України. Держсанепідслужба здійснювала свої повноваження безпосередньо та через територіальні і галузеві органи. Керівники територіальних органів Держсанепідслужби за погодженням із Головним державним санітарним лікарем України могли утворювати в межах граничної чисельності працівників Держсанепідслужби і коштів, передбачених на її утримання, ліквідувати, реорганізувати структурні підрозділи апарату територіальних органів Держсанепідслужби, які забезпечували б здійснення повноважень Держсанепідслужби у районах, містах, районах в містах та на об'єктах відповідних видів транспорту [9].

До структури Держсанепідслужби належали Центральна санітарно-епідеміологічна станція (СЕС) МОЗ, у віданні якої були 27 СЕС АР Крим, областей, м. Києва, Севастополя та 660 СЕС міст, районів, а також 8 об'єктів з особливим режимом роботи; 7 науково-дослідних інститутів гігієнічного та епідеміологічного профілю; Центральна СЕС на водному транспорті, у віданні якої були 4 басейнових та 12 портових СЕС;

Центральна СЕС на залізничному транспорті, у віданні якої були 6 СЕС на залізницях та 48 лінійних СЕС на залізницях; а також Центральна СЕС на повітряному транспорті. Після проведеної у 2013 р. реструктуризації кількість підрозділів Держсанепідслужби було скорочено до 388 [10].

У складі центрального апарату Держсанепідслужби функціонував Відділ забезпечення діяльності, нормативного та інформаційного забезпечення. У сенсі інформаційно-аналітичної підтримки діяльності системи санітарно-епідеміологічного нагляду (СЕН) ключову роль відігравав Державний центр гігієни та епідеміології, який виконував наступні функції:

- інформаційно-аналітичне та організаційно-методичне забезпечення діяльності Центрів гігієни та епідеміології Держсанепідслужби;

- забезпечення виконання робіт для потреб держсанепіднагляду (держзамолення): організаційно-методичне забезпечення лабораторно-інструментальних досліджень факторів середовища життєдіяльності людини фізичного, хімічного та біологічного походження, вивчення; аналіз та прогнозування захворюваності населення, встановлення причинно-наслідкового її зв'язку з небезпечними факторами для потреб; соціально-гігієнічний моніторинг на національному рівні; формування державних реєстрів (інфекційної та професійної захворюваності, висновків держсанепідекспертизи, дезінфекційних засобів, небезпечних факторів тощо та інформаційної бази даних результатів соціально-гігієнічного моніторингу; забезпечення реалізації на національному рівні державних програм моніторингу довкілля, профілактики інфекційних захворювань та неінфекційних захворювань (отруєнь); біологічної безпеки а також проектів міжнародної технічної допомоги у сфері санітарного та епідемічного благополуччя населення; розробка пропозицій до проектів законодавчих та нормативно-правових актів;

- методичне забезпечення проведення дезінфекційних заходів, санітарної охорони території України на національному рівні;

- забезпечення діяльності референс-лабораторій.

На місцях функціонували регіональні Центри гігієни та епідеміології [10].

Крім того, для виконання покладених на неї завдань Держсанепідслужба мала право залучати до виконання окремих робіт, участі у вивченні окремих питань учених і фахівців (за їхньою згодою), працівників центральних та місцевих органів виконавчої влади; одержувати інформацію, документи і матеріали від державних органів та органів місцевого самоврядування, підприємств, установ, організацій усіх форм власності та їх посадових осіб; скликати наради, створювати комісії та робочі групи; користуватися відповідними інформаційними базами даних державних органів, державними, в тому числі урядовими, системами зв'язку і комунікацій, мережами спеціального зв'язку та іншими технічними засобами [9].

У 2014 р., ухвалено Постанову КМУ «Про оптимізацію системи центральних органів виконавчої влади», яка поклала початок реорганізації

Держсанепідслужби, ліквідації Державної служби України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань та утворенню Державної служби України з питань безпечності харчових продуктів та захисту споживачів [11]. Згодом, у 2017 р., було ухвалено Постанову КМУ «Деякі питання Державної санітарно-епідеміологічної служби», якою було ліквідовано Держсанепідслужбу. В результаті, функції Держсанепідслужби були розподілені між Міністерством аграрної політики та продовольства України (питання щодо усього шляху харчових продуктів до споживача) і МОЗ України (питання щодо громадського здоров'я) [12].

У зв'язку з поширенням епідемії COVID-19 на території України протягом 2020-2021 рр., було відновлено частину функціоналу Головного державного санітарного лікаря України але не Держсанепідслужбу. Виконання відповідних повноважень поклали на заступника Міністра охорони здоров'я України. Головному державному санітарному лікарю України надано наступні повноваження:

- з епідеміологічного нагляду (спостереження), із запобігання виникненню і поширенню інфекційних хвороб людини, локалізації та ліквідації їхніх спалахів та епідемій, крім заходів державного нагляду (контролю) та надання документів дозвільного характеру;

- із визначення уповноважених осіб на здійснення повноважень Головних державних санітарних лікарів відповідних адміністративно-територіальних одиниць, водного, залізничного, повітряного транспорту щодо епідеміологічного нагляду (спостереження), запобігання виникненню і поширенню інфекційних хвороб людини, локалізації та ліквідації їхніх спалахів та епідемій, крім заходів державного нагляду (контролю) та надання документів дозвільного характеру;

- утворення комісій для проведення державної санітарно-епідеміологічної експертизи в особливо складних випадках;

- встановлення переліку установ, організацій, лабораторій, що можуть залучатися до проведення державної санітарно-епідеміологічної експертизи [13, 14].

Ці кроки можна вважати спрямованими на часткове відновлення деяких функцій колишньої Держсанепідслужби, але проблема організації інформаційно-аналітичного супроводу цієї діяльності залишається не менш складною, адже характерною особливістю поточного стану регулювання громадського здоров'я на даний час, визначили наявність лише поодиноких елементів системи громадського здоров'я, які діють незлагоджено та потребують оптимізації наявних ресурсів і суттєвого збільшення ефективності управління ними [15].

Перспективи подальших досліджень пов'язані з аналізом процесів трансформації системи інформаційно-аналітичного супроводу і вивченням ефективності наукової та інформаційної підтримки діяльності органів державної влади України, що формують державну політику у сфері громадського здоров'я.

Висновки

Ухвалені ВООЗ у 2012 р., Європейський план дій щодо зміцнення потенціалу та послуг громадського здоров'я і відповідна резолюція EUR/RC62/R5 містять 10 основних оперативних функцій громадського здоров'я, виконання яких покликане забезпечувати ефективну діяльність органів системи громадського здоров'я в європейських державах, в тому числі в Україні. Виконання кожної з оперативних функцій вимагає належної організації інформаційно-аналітичної підтримки органів державної влади, що формують державну політику в сфері громадського здоров'я.

Природно, що у період існування Держсанепідслужби, спеціального державного органу у сфері санітарного та епідемічного благополуччя населення, з-поміж основних аспектів її діяльності був інформаційно-аналітичний. В складі центрального

апарату Держсанепідслужби функціонував Відділ забезпечення діяльності, нормативного та інформаційного забезпечення, а ключову роль у сенсі інформаційно-аналітичної підтримки Держсанепідслужби відігравали Державний центр гігієни та епідеміології й регіональні центри гігієни та епідеміології.

Ліквідація Держсанепідслужби в 2017 р., та передача МОЗ України її функцій щодо громадського здоров'я зумовили появу серйозних викликів у сенсі організаційного забезпечення інформаційно-аналітичної підтримки державної політики в сфері громадського здоров'я. Ці проблеми не вирішено донині: наявні наразі розрізнені елементи системи громадського здоров'я в сенсі інформаційно-аналітичної роботи функціонують незлагоджено, використання наявних ресурсів у цій сфері має бути оптимізоване, а ефективність управління повинна значно зрости.

Література

1. К разработке дорожной карты по реализации Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. в Европейском регионе ВОЗ. Рабочий документ. Европейский региональный комитет, 66-я сессия. Копенгаген, Дания, 12-15 сентября 2016 г. URL: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0015/319110/66rs04r_SDGs_160763.pdf.
2. Слабкий Г.О., Крохмалюк Л.В., Качала Л.О. Аналіз чинного законодавства щодо санітарно-протиепідемічного забезпечення в рамках системи громадського здоров'я. Сучасні медичні технології. 2015; №4: С. 53-54.
3. Европейский план действий по укреплению потенциала и услуг общественного здравоохранения. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2012 (документ EUR/RC62/12). 52 с.
4. Слабкий Г.О., Миронюк В.І., Качала Л.О. Система громадського здоров'я: бачення Всесвітньої організації охорони здоров'я. Основні оперативні функції громадського здоров'я та їх зміст. Україна. Здоров'я нації. 2017; №3: С. 24-31.
5. Гушук, І. До питання кадрового забезпечення системи охорони громадського здоров'я. Державне управління людськими ресурсами у сфері охорони здоров'я в Україні. Матеріали щоріч. Всеукр. наук.-практ. конф. за між-нар. участю (Київ, 23 берез. 2016 р.) / за заг. ред. Ю. В. Ковбасюка, В. М. Князевича, Н. О. Васюк. К.: ДКС-Центр, 2016. С. 52-54.
6. Гажієнко Г. Деякі аспекти інформаційного забезпечення органів державної влади (на обласному рівні). Збірник наукових праць УАДУ при Президентові України. 1998. Вип. 1. С. 406-412.
7. Кравченко С.В. Нормативно-правове регулювання наукового та інформаційно-аналітичного супроводу у сфері громадського здоров'я. Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2021. №4. С. 69-74.
8. Про оптимізацію системи центральних органів виконавчої влади: Указ Президента України №1085/2010 від 09.12.2010 від 09.12.2010 р. Офіційний вісник Президента України. 2010. № 32, / Спеціальний випуск /, стор. 3, стаття 1026.
9. Положення про Державну санітарно-епідеміологічну службу України: Указ Президента України №400/2011 від 06.04.2011 р. Офіційний вісник Президента України. 2011. № 10. С. 3.
10. Діюча структура державної санітарно-епідеміологічної служби. Санітарно-епідеміологічна станція Запорізької області. 2013. С. 1-2.
11. Про оптимізацію системи центральних органів виконавчої влади: Постанова Кабінету Міністрів України від 10.09.2014 р. №442. Офіційний вісник України. 2014. № 74. С. 57.
12. Деякі питання Державної санітарно-епідеміологічної служби: Постанова Кабінету Міністрів України від 29.03.2017 р. №348 Офіційний вісник України. 2017. № 43. С. 10.
13. Про визначення окремих повноважень заступника Міністра охорони здоров'я – головного державного санітарного лікаря України Ляшка Віктора Кириловича: розпорядження Кабінету Міністрів України №285-р від 14.03.2020 р. Урядовий кур'єр. 2020. № 69.
14. Про визначення окремих повноважень заступника Міністра охорони здоров'я – головного державного санітарного лікаря України Кузіна Ігоря Володимировича: розпорядження Кабінету Міністрів України № 713-р від 30.06.2021 р. Офіційний вісник України. 2021. № 54. С. 159.

15. Кравченко С.В. Сучасний стан та перспективи удосконалення системи інформаційно-аналітичної підтримки органів державної влади, що формують державну політику в сфері громадського здоров'я. Україна. Здоров'я нації. 2021; № 4: С. 43-50.

References

1. K razrabotke dorozhnoj karty po realizacii Povestki dnya v oblasti ustojchivogo razvitiya na period do 2030 g. v Evropejskom regione VOZ. Rabochij dokument. Evropejskij regionalnyj komitet, 66-ya sessiya. Kopengagen, Daniya, 12-15 sentyabrya 2016 g. URL: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0015/319110/66rs04r_SDGs_160763.pdf.
2. Slabkyi H.O., Krokhmaliuk L.V., Kachala L.O. Analiz chynnoho zakonodavstva shchodo sanitarno-protyepidemichnoho zabezpechennia v ramkakh systemy hromadskoho zdorovia. Suchasni medychni tekhnolohii. 2015; №4: S. 53-54.
3. Evropeyskyi plan deistvyi po ukrepleniu potentsyala y usluh obshchestvennoho zdravookhraneniya. Kopenhagen: Evropeiskoe rehyonalnoe biuro VOZ, 2012 (dokument EUR/RC62/12). 52 s.
4. Slabkyi H.O., Myroniuk V.I., Kachala L.O. Systema hromadskoho zdorovia: bachennia Vsesvitnoi orhanizatsii okhorony zdorovia. Osnovni operatyvni funktsii hromadskoho zdorovia ta yikh zmist. Ukraina. Zdorovia natsii. 2017; №3: S. 24-31.
5. Hushchuk, I. Do pytannia kadrovoho zabezpechennia systemy okhorony hromadskoho zdorovia. Derzhavne upravlinnia liudskymy resursamy u sferi okhorony zdorovia v Ukraini. Materialy shchorich. Vseukr. nauk.-prakt. konf. za mizhnar. uchastiu (Kyiv, 23 berez. 2016 r.) / za zah. red. Yu. V. Kovbasiuka, V. M. Kniazevycha, N. O. Vasiuk. K.: DKS-Tsentr, 2016. С. 52-54.
6. Hazhiienko H. Deiaki aspekty informatsiinoho zabezpechennia orhaniv derzhavnoi vlady (na oblasnomu rivni). Zbirnyk naukovykh prats UADU pry Prezydentovi Ukrainy. 1998. Vyp. 1. S. 406-412.
7. Kravchenko S.V. Normatyvno-pravove rehuliuвання наукового та інформаційно-аналітичного супроводу у сфері громадського здоров'я. Visnyk sotsialnoi hihiieny ta orhanizatsii okhorony zdorovia Ukrainy. 2021. №4. S. 69-74.
8. Pro optymizatsiiu systemy tsentralnykh orhaniv vykonavchoi vlady: Ukaz Prezydenta Ukrainy №1085/2010 vid 09.12.2010 vid 09.12.2010 r. Ofitsiyni visnyk Prezydenta Ukrainy. 2010. № 32, / Spetsialnyi vypusk /, stor. 3, stattia 1026.
9. Polozhennia pro Derzhavnu sanitarno-epidemiolohichnu sluzhbu Ukrainy: Ukaz Prezydenta Ukrainy №400/2011 vid 06.04.2011 r. Ofitsiyni visnyk Prezydenta Ukrainy. 2011. № 10. S. 3.
10. Diucha struktura derzhavnoi sanitarno-epidemiolohichnoi sluzhby. Sanitarno-epidemiolohichna stantsiia Zaporizkoi oblasti. 2013. S. 1-2.
11. Pro optymizatsiiu systemy tsentralnykh orhaniv vykonavchoi vlady: Postanova Kabinetu Ministriv Ukrainy vid 10.09.2014 r. №442. Ofitsiyni visnyk Ukrainy. 2014. № 74. S. 57.
12. Deiaki pytannia Derzhavnoi sanitarno-epidemiolohichnoi sluzhby: Postanova Kabinetu Ministriv Ukrainy vid 29.03.2017 r. №348 Ofitsiyni visnyk Ukrainy. 2017. № 43. S. 10.
13. Pro vyznachennia okremykh povnovazhen zastupnyka Ministra okhorony zdorovia – holovnoho derzhavnoho sanitarnoho likaria Ukrainy Liashka Viktora Kyrylovycha: rozporiadzhennia Kabinetu Ministriv Ukrainy №285-r vid 14.03.2020 r. Uriadovi kurier. 2020. № 69.
14. Pro vyznachennia okremykh povnovazhen zastupnyka Ministra okhorony zdorovia – holovnoho derzhavnoho sanitarnoho likaria Ukrainy Kuzina Ihoria Volodymyrovycha: rozporiadzhennia Kabinetu Ministriv Ukrainy № 713-r vid 30.06.2021 r. Ofitsiyni visnyk Ukrainy. 2021. № 54. S. 159.
15. Kravchenko S.V. Suchasnyi stan ta perspektyvy udoskonalennia systemy informatsiino-analitychnoi pidtrymky orhaniv derzhavnoi vlady, shcho formuiut derzhavnu polityku v sferi hromadskoho zdorovia. Ukraina. Zdorovia natsii. 2021; № 4: S. 43-50.

Дата надходження рукопису до редакції: 10.05.2022 р.

Мета роботи полягає в аналізі системи інформаційно-аналітичного супроводу Держсанепідслужби в контексті виконання завдань десяти основних оперативних функцій громадського здоров'я та виявленні наявних проблем у зазначеній галузі.

Матеріали та методи, що використані при виконанні роботи: бібліосемантичний, структурно-логічного аналізу, системного підходу та аналізу, контент-аналіз.

Результати. Проведено аналіз інституційних ресурсів, законодавчих та нормативно-правових документів щодо історичних аспектів системи інформаційно-аналітичного супроводу діяльності Державної санітарно-епідеміологічної служби України в контексті виконання завдань десяти основних оперативних функцій громадського здоров'я.

Висновки. У статті розкрито історичні аспекти і сутність інформаційно-аналітичного супроводу діяльності Державної санітарно-епідеміологічної служби України в контексті виконання завдань десяти основних оперативних функцій громадського здоров'я.

Ключові слова: громадське здоров'я, державна політика, органи державної влади, науковий супровід, інформаційно-аналітичний супровід.

The purpose of the work is to analyze the system of information and analytical support of the State Sanitary and Epidemiological Service of Ukraine in the context of the tasks implementation of the ten main operational functions of public health and identify the existing problems in this area.

Materials and methods: biblio-semantic, structural-logical analysis, systems approach and analysis, content analysis.

Results. An analysis of institutional resources, legislative and regulatory documents regarding the historical aspects of information and analytical support system of the activities of the State Sanitary and Epidemiological Service of Ukraine in the context of the tasks implementation of the ten main operational functions of public health.

Conclusions. The article reveals the historical aspects and essence of information and analytical support of the State Sanitary and Epidemiological Service of Ukraine in the context of the tasks implementation of the ten main operational functions of public health.

Key words: public health, public administration, governmental authority, information and analytical support, scientific support.

Відомості про автора

Кравченко Сергій Володимирович – магістр публічного управління та адміністрування, аспірант лабораторії безпекових стратегій в охороні здоров'я ДУ “Інститут громадського здоров'я ім. О.М. Марзєєва НАМН України”; 02094, Україна, м. Київ, вул. Попудренка, 50.
+380 (44) 292-06-03, nmpu@ukr.net.

Нагорна А.М., Огородник А.М.

Нормативно-правове регулювання розслідування професійних захворювань та виробничого травматизму в Україні

Державна установа «Інститут медицини праці імені Ю. І. Кундієва Національної академії медичних наук України», м. Київ, Україна

Nahorna A.M., Ogorodnyk A.M.

Legal regulation of the investigation of occupational diseases and industrial injuries in Ukraine

State Institution "Institute of Occupational Medicine named after Yu. I. Kundiev of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine", Kyiv, Ukraine

antoninagornaya@gmail.com, kassmail@ukr.net

Вступ

Державна політика України в галузі безпеки та гігієни праці визначається відповідно до Конституції та Закону України «Про охорону праці» і спрямована на створення належних, безпечних і здорових умов праці, запобігання професійним захворюванням та виробничого травматизму. Згідно з основоположними міжнародними актами про права людини та Конституцією України кожному громадянину гарантується право на здорові та безпечні умови праці. В умовах зростання темпів промислового виробництва, економічного відновлення держави питання охорони праці та промислової безпеки стають дедалі актуальнішими.

Дані Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) свідчать про те, що смерть від виробничого травматизму (ВТ) на сьогодні займає третє місце після серцево-судинних і онкологічних захворювань. Якщо від таких захворювань гинуть в основному люди похилого віку, то внаслідок нещасних випадків (НВ) – люди молодого та середнього (працездатного) віку [1]. За даними Міжнародної організації праці (МОП), щорічно в світі фіксують близько 340 млн НВ на виробництві та 160 млн жертв професійних захворювань (ПЗ), щороку гине 2,3 млн людей [2].

Нажаль, в Україні реальний стан безпеки праці працюючих є незадовільним порівняно зі станом безпечних і здорових умов праці громадян країн ЄС. У Національній доповіді «Цілі Сталого Розвитку: Україна» передбачено до 2030 року поступово знизити показник ВТ майже вдвічі.

В Україні, відповідно даних Фонду соціального страхування України [3] за 2021 рік зареєстровано 21 320 повідомлень про НВ та ПЗ. Порівняно з 2020 роком кількість повідомлень про НВ та ПЗ збільшилась на 30,9% (з 16 286 до 21 320), кількість повідомлень про нещасні випадки зі смертельним наслідком збільшилась на 27,6% (з 948 до 1 210).

При цьому кількість повідомлень за 2021 рік порівняно з 2019 роком збільшилась у 4,8 рази (з 4 427 до 21 320), кількість повідомлень про нещасні випадки зі смертельним наслідком збільшилась на 33,3% (з 908 до 1 210) [4–6].

Отже, аналіз стану безпеки та гігієни праці на виробництві свідчить про те, що в Україні кількість випадків ПЗ та ВТ збільшується. Вирішити ці проблеми повинні ефективні та дієві нормативно-правові акти, що регулюють розслідування, облік та аналіз ВТ та ПЗ, детальне вивчення системи і порядку розслідування дає змогу виявити причини і визначити закономірності їх виникнення.

Мета дослідження – комплексний аналіз нормативно-правових актів України, що регламентують розслідування та облік професійних захворювань та виробничого травматизму.

Матеріали та методи

Проаналізовані нормативно-правові акти України, що регулюють питання розслідування та обліку ПЗ і ВТ. Розглянуті: Конституція України, Розпорядження КМУ №989-р. «Про схвалення Концепції реформування системи управління охороною праці в Україні та затвердження плану заходів щодо її реалізації» (2018 р.), Закон України «Про охорону праці» (1992 р.), Постанова КМУ №96 «Про затвердження Положення про Державну службу України з питань праці» (2015 р.), Постанова КМУ № 337 «Про затвердження Порядку розслідування нещасних випадків і професійних захворювань на виробництві» (2019 р.), Закон України №1105-XIV «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування» (2022 р.), Наказ МОЗ України № 370 «Про затвердження Класифікатора розподілу травм за ступенем тяжкості» (2007 р.), Постанова КМУ №1662 «Про затвердження переліку професійних захворювань» (2000 р.), Наказ МОЗ України №374/68/338 «Про затвердження Інструкції про застосування переліку професійних захворювань»

(2000 р.), Наказ МОЗ України від 09.04.2022 р. №603 «Про затвердження Переліку установ і закладів, що мають право встановлювати остаточний діагноз хронічних професійних захворювань» та інші.

Результати дослідження та їх обговорення

Законодавство України у галузі безпеки та гігієни праці являє собою систему взаємозв'язаних нормативно-правових актів, що регулюють відносини у галузі реалізації державної політики щодо правових, соціально-економічних, організаційно-технічних і лікувально-профілактичних заходів, спрямованих на збереження здоров'я і працездатності людини в процесі праці. З урахуванням положень рішень європейських інституцій у галузі безпеки праці та забезпечення здоров'я працівників, 12.12.2018 р. розпорядженням КМУ № 989-р схвалена Концепція реформування системи управління охороною праці в Україні [7]. У Концепції, серед проблем управління охороною праці, виділяється низка проблем пов'язаних з розслідуванням та обліком ВТ. Зокрема вказується, що низька якість розслідування, в тому числі і через некомпетентність членів комісій, тягне за собою помилки у визначенні причин інцидентів, що призводить до прийняття хибних рішень при організації профілактичних та попереджувальних заходів. Серед шляхів і способів розв'язання зазначених проблем концепція пропонує модернізацію як самої процедури розслідування, так і проведення реєстраційних заходів щодо ПЗ та ВТ [8,9]. У Конституції України закріплено право громадян на соціальний захист, що включає право забезпечення їх у разі повної, часткової або тимчасової втрати працездатності, право на охорону праці (ст. 46); охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування (ст. 49) [10].

Одним із найважливіших нормативно-правових актів є Закон України «Про охорону праці» [11], у якому визначено, що роботодавець повинен організувати розслідування та вести облік НВ, ПЗ, а також зобов'язаний інформувати працівників або осіб, уповноважених на здійснення громадського контролю за дотриманням вимог нормативно-правових актів з охорони праці та Фонд соціального страхування України про стан охорони праці, причину нещасних випадків і професійних захворювань (ст. 22-23).

Положенням про державну службу України з питань праці (далі – Держпраці), затвердженого постановою КМУ №96 [12] визначено, що Держпраці здійснює контроль за своєчасністю та об'єктивністю розслідування НВ на виробництві, їх документальним оформленням і веденням обліку, виконанням заходів з усунення причин (п. 4 пп. 13). Проводить розслідування та веде облік аварій і НВ, які підлягають спеціальному розслідуванню; розслідування обставин та причин виникнення гострих і хронічних ПЗ (п. 4 пп. 27).

Фонд державного соціального страхування (далі – Фонд) (ст. 9 Закону України «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування» від 12.01.2022 р. №1105-XIV [3,13]) займається реалізацією державної політики у

сферах соціального страхування від НВ на виробництві та ПЗ, які спричинили втрату працездатності, у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності, медичного страхування; профілактикою НВ.

Постановою КМУ від 24.01.2020 р. №90 «Про внесення змін до Положення про Міністерство охорони здоров'я України» [14] затверджено санітарні правила та норми у сфері охорони праці; показники та критерії умов праці, за якими надаються щорічні додаткові відпустки працівникам, зайнятим на роботах, пов'язаних з негативним впливом на здоров'я шкідливих виробничих факторів; ведення державного обліку інфекційних і професійних захворювань (отруень).

01 липня 2019 року набув чинності новий Порядок розслідування та обліку нещасних випадків, професійних захворювань та аварій на виробництві, який затверджено постановою Кабінету Міністрів України від 17.04.2019 №337 (далі – Порядок) [15]. У ньому врегульовано певні недоліки, які мав попередній порядок розслідування, а також запроваджено деякі нововведення. Порядок визначає процедуру розслідування НВ з усіма застрахованими особами, а саме, з тими, хто працює на умовах трудового договору (контракту), цивільно-правового договору, фізичними особами-підприємцями, особами, які провадять незалежну професійну діяльність, членами фермерського господарства, якщо вони не належать до осіб, які підлягають страхуванню від НВ на інших підставах [6].

Отримавши інформацію про ПЗ або ВТ від безпосереднього керівника робіт, повідомлення від закладу охорони здоров'я, заяви потерпілого, членів його сім'ї чи уповноваженої ним особи роботодавець зобов'язаний протягом двох годин повідомити підприємствам (установам, організаціям), зазначеним в аб.4, 9 п.8 Порядку, та не пізніше наступного робочого дня надати на паперовому носії повідомлення згідно з додатком 2 Порядку.

Відповідно ст. 5 Порядку безпосередній керівник робіт у разі ПЗ або ВТ зобов'язаний:

- терміново організувати надання першої медичної допомоги потерпілому, забезпечити у разі необхідності його доставку до лікувально-профілактичного закладу;

- повідомити про те, що сталося, роботодавця, службу охорони праці, керівника первинної організації профспілки;

- зберегти до прибуття комісії з розслідування нещасного випадку обстановку на робочому місці та устаткування у такому стані, в якому вони були на момент НВ.

У разі виявлення ПЗ утворити наказом комісію з розслідування НВ у складі не менше ніж три особи та організувати розслідування (ст. 12 Порядку №337).

Відповідно до ст. 13 Порядку №337 до складу комісії входять:

- керівник (спеціаліст) служби охорони праці або посадова особа, на яку роботодавцем покладено виконання функцій з охорони праці (голова комісії);

- представник робочого органу Фонду;

- представник первинної організації профспілки (у разі її відсутності – уповноважена найманими працівниками особа з питань охорони праці);

- лікар з гігієни праці територіального органу Держпраці (у разі настання гострого професійного захворювання (отруєння));

- інші представники підприємства (установи, організації), посадові особи органів Держпродспоживслужби, ДСНС (у разі потреби та за відповідним погодженням).

Рішення про зв'язок захворювання з умовами праці приймається на підставі клінічних досліджень, встановлюється ПЗ з урахуванням наявності документів: трудова книжка – для визначення стажу роботи в умовах дії виробничих факторів; виписка з амбулаторної картки (форма 025/у); історії хвороби за весь період спостереження; направлення хворого на огляд до лікарсько-експертної комісії з медичним висновком лікаря-профпатолога; санітарно-гігієнічна характеристика умов праці; інформаційна довідка про умови праці працівника, що складається лікарями з гігієни праці територіального органу Держпраці, який здійснює нагляд за підприємством, у разі підозри в нього хронічного професійного захворювання (отруєння); висновок фтизіатра, нарколога та інших документах (у разі потреби); акт за формою Н-1 (у разі гострого професійного захворювання (отруєння)).

Висновок лікарсько-експертної комісії про наявність або відсутність професійної патології видається працівникові, а його копія надсилається головному спеціалістові з професійної патології області або міста за місцем роботи або проживання працівника та робочому органу Фонду. Профпатологічний заклад охорони здоров'я стосовно кожного хворого складає повідомлення про хронічне професійне захворювання (отруєння) за формою П-3 (строк дії 6 місяців з моменту встановлення діагнозу).

Віднесення НВ до таких, що спричинили тяжкі наслідки, у тому числі з можливою інвалідністю потерпілого, здійснюється на підставі висновку про ступінь тяжкості травми. Класифікатором розподілу травм за ступенем тяжкості, затвердженим наказом МОЗ від 04.07.2007 № 370 [16].

Комісією з розслідування НВ складається акт розслідування нещасного випадку за формою Н-5 у трьох примірниках, а також акт за формою Н-1 у шести примірниках. У разі виявлення гострого професійного захворювання (отруєння), пов'язаного з виробництвом, крім акту форми Н-1, складається у чотирьох примірниках карта обліку професійного захворювання (отруєння) за формою П-5.

Розслідування НВ та/або гострого ПЗ (отруєння) комісією підприємства (установи, організації) проводиться протягом п'яти робочих днів з дня утворення комісії (ст. 30 Порядку).

Комісія із спеціального розслідування утворюється Держпраці та/або її терорганом (далі – спеціальна комісія). Спеціальну комісію утворюють протягом одного робочого дня після отримання від роботодавця письмового

повідомлення про НВ або за інформацією, отриманою з інших джерел (органу досудового розслідування, звернень потерпілого або членів його сім'ї чи уповноваженої ними особи, первинних організацій і територіальних об'єднань профспілок) (п. 14 Порядку).

До складу спеціальної комісії входять (п. 15 Порядку): посадова особа Держпраці та/або її територіального органу (голова комісії); представник робочого органу Фонду; представник уповноваженого органу або місцевої держадміністрації; керівник (спеціаліст) служби охорони праці підприємства (установи, організації) або посадова особа, на яку роботодавцем покладено виконання функцій з охорони праці, а у разі її відсутності – представник роботодавця; представник профспілки; лікар з гігієни праці територіального органу Держпраці (у разі настання гострого професійного захворювання (отруєння)).

Відповідно до ст. 33 Порядку спеціальна комісія зобов'язана:

- обстежити місце, де сталися НВ та/або гостре ПЗ (отруєння);
- вивчити наявні на підприємстві документи та матеріали стосовно НВ та/або гострого ПЗ (отруєння);
- визначити вид події, що призвела до НВ та/або гострого ПЗ (отруєння);
- з'ясувати обставини та причини настання НВ та/або гострого ПЗ (отруєння);
- визначити, пов'язані чи не пов'язані НВ та/або гостре ПЗ (отруєння) з виробництвом;
- скласти акт за формою Н-1 згідно з додатком 11 у кількості, визначеній рішенням комісії (спеціальної комісії); у разі настання групових нещасного випадку та/або гострого професійного захворювання (отруєння) скласти акти за формою Н-1 на кожного потерпілого;
- передати не пізніше наступного робочого дня після підписання актів за формою Н-1 матеріали розслідування та примірники таких актів керівнику підприємства (установи, організації) або органу, що утворив комісію (спеціальну комісію), для їх розгляду та затвердження.

У разі необхідності встановлення обставин і причин НВ та/або гострого ПЗ (отруєння) може утворюватися експертна комісія (ст. 41 Порядку), до складу якої можуть включатися компетентні в сфері спеціальних знань фахівці та спеціалісти провідних науково-дослідних, експертних та інших організацій, органів виконавчої влади, а також незалежні експерти відповідних напрямів.

Експертна комісія з метою надання обґрунтованих відповідей на поставлені комісією (спеціальною комісією) питання під час своєї роботи має право:

- ознайомлюватися з обставинами НВ та/або гострого ПЗ (отруєння), матеріалами розслідування та обстежувати місце НВ та/або гострого ПЗ (отруєння);
- проводити відбір проб повітря, інших речовин і матеріалів, лабораторні дослідження, випробування, технічні розрахунки та фотозйомку місця НВ та/або гострого ПЗ (отруєння) (у разі потреби та можливості);
- доступу до необхідної технічної документації, огляду машин, механізмів, устаткування, інших речовин і

матеріалів тощо, що стали причиною НВ та/або гострого ПЗ (отруєння);

- отримувати додаткові матеріали та інформацію, що стосуються даного НВ та/або гострого ПЗ (отруєння);
- формулювати до комісії (спеціальної комісії) запити з питань, що потребують додаткового з'ясування у потерпілих і свідків.

За результатами роботи експертна комісія зобов'язана скласти висновок, в якому повинна надати обґрунтовані та об'єктивні відповіді на поставлені комісією (спеціальною комісією) питання [17].

Відповідно до чинного законодавства України щодо реєстрації та обліку ПЗ та ВТ можливо виділити алгоритм встановлення ПЗ:

1. Обстеження працівника на попередніх та періодичних оглядах.

2. У випадку підозри на розвиток ПЗ пацієнт проходить клінічне обстеження у відповідному профільному стаціонарі. Віднесення захворювання до професійного здійснюється відповідно до Порядку та Постанови КМУ від 8.11.2000 р. №1662 «Про затвердження переліку професійних захворювань» [18], Закону України «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування від нещасного випадку на виробництві та професійного захворювання, які спричинили втрату працездатності» [1], Наказ МОЗ України від 29.12.2000 р. №374/68/338 «Про затвердження Інструкції про застосування переліку професійних захворювань» [19].

3. Пацієнта обстежують у спеціалізованому стаціонарі профзахворювань.

4. Встановлення діагнозу в установах та закладах України, що мають право встановлювати остаточний діагноз хронічних ПЗ [20].

5. Процент втрати працездатності або групи інвалідності з професійного захворювання у випадках

трудового каліцтва, професійного захворювання, страхового випадку встановлює медико-соціальна експертна комісія (МСЕК).

Висновки

1. Законодавча та нормативна база щодо розслідування та обліку професійних захворювань і виробничого травматизму в Україні формується з урахуванням положень рішень європейських інституцій у галузі безпеки праці та забезпечення здоров'я працівників.

2. Процедури розслідування та обліку професійних захворювань і виробничого травматизму адаптовані до потреб сьогодення. Встановлено вищий рівень правових гарантій постраждалим та членам їх сімей, вдосконалено механізми взаємодії органів держави, Фонду соціального страхування та суб'єктів підприємницької діяльності в питаннях відшкодування заподіяної здоров'ю працівників шкоди, розширено повноваження та підвищено статус Державної служби України з питань праці.

3. На сьогодні необхідним є узгодження і скорочення нормативно-правових актів, оскільки через їх велику кількість виникають колізії в регулюванні розслідування виробничого травматизму та професійних захворювань. Необхідно акцентувати увагу на ліквідації професійних ризиків, пов'язаних з виконанням небезпечних і шкідливих робіт.

4. Необхідна модернізація системи управління охорони праці працівників, тобто перехід від компенсаційної, затратної моделі управління охорони праці до сучасної системи управління професійними ризиками, яка дозволить реалізувати превентивні підходи до збереження здоров'я працівників на виробництві і скоротити всі види витрат, пов'язаних з несприятливими умовами праці.

Література

1. Всесвітня організація охорони здоров'я. URL: <https://www.who.int/ru> (дата доступу: 26.03.2022).
2. Міжнародна організація праці. URL: https://www.ilo.org/moscow/areas-of-work/occupational-safety-and-health/WCMS_249276/lang--ru/index.htm (дата доступу: 26.03.2022).
3. Фонд соціального страхування України. URL: <http://www.fssu.gov.ua/fse/control/main/uk/publish/article/978178> (дата доступу: 01.04.2022).
4. Державна служба України з питань праці. URL: <https://dsp.gov.ua/category/diyalnist/travmatyzm-statystyka-prychynu/> (дата доступу: 01.04.2022).
5. Березовський А. П., Трус О. М., Прокопенко Е. В. Аналіз стану виробничого травматизму по регіонах України. Вісник Полтавської аграрної академії. 2021. 3. С. 249-257. DOI: 10.31210/visnyk2021.03.31.
6. Kravtsov, D. M. Benefits and Burdens of the New Procedure of Investigation and Record of Accidents. Probs. Legality. 2019. 140-147.
7. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 12.12.2018 р. №989-р. «Про схвалення Концепції реформування системи управління охороною праці в Україні та затвердження плану заходів щодо її реалізації» URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/989-2018-%D1%80#Text> (дата доступу: 18.03.2022).
8. Трюхан О. А. Профілактика професійних захворювань: теоретичний аспект. Юридичний науковий електронний журнал. 2018. 4. С. 66–69.
9. Гордійчук Л. М. Аспекти виробничого травматизму та професійна захворюваність. Науковий вісник Львівського національного університету ветеринарної медицини і біотехнологій ім. С.З. Гжицького. 2017. 19(76). С. 136–138.

10. Конституція України (1996 р.). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text> (дата доступу: 18.03.2022).
11. Закон України №2694-XII «Про охорону праці» (1992 р.). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2694-12#Text> (дата доступу: 02.04.2022).
12. Постанова Кабінету Міністрів України №96 «Про затвердження Положення про Державну службу України з питань праці» (2015 р.). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/96-2015-%D0%BF#Text> (дата доступу: 02.04.2022).
13. Закон України №1105-XIV «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування» (2022 р.). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1105-14#Text> (дата доступу: 28.03.2022).
14. Постанова Кабінету Міністрів України від 24.01.2020 р. №90 «Про внесення змін до Положення про Міністерство охорони здоров'я України». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/90-2020-p#Text> (дата доступу: 03.04.2022).
15. Постанова Кабінету Міністрів України від 17.04.2019 р. № 337 «Про затвердження Порядку розслідування нещасних випадків і професійних захворювань на виробництві». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/337-2019-p#Text> (дата доступу: 26.03.2022).
16. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 04.07.2007 № 370 «Про затвердження класифікатора розподілу травм за ступенем тяжкості». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0902-07#Text> (дата доступу: 03.04.2022).
17. Яковлев О. А. Фундаментальні проблеми правового регулювання умов праці і встановлення гарантій для працівників: монографія – Харків. 2019. 456 с.
18. Постанова Кабінету Міністрів України від 8.11.2000 р. №1662 «Про затвердження переліку професійних захворювань». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1662-2000-p#Text> (дата доступу: 31.03.2022).
19. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 29.12.2000 р. №374/68/338 «Про затвердження Інструкції про застосування переліку професійних захворювань». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0068-01#Text> (дата доступу: 31.03.2022).
20. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 09.04.2022 р. №603 «Про затвердження Переліку установ і закладів, що мають право встановлювати остаточний діагноз хронічних професійних захворювань». URL: <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-09042022--603-pro-zatverdzhennja-pereliku--ustanov-i-zakladiv-scho-majut-pravo--vstanovljuvati-ostatochnij-diagnoz--hronichnih-profesijnih-zahvorjuvan> (дата доступу: 15.04.2022).

References

1. World Health Organization, available at: <https://www.who.int/ru> (Accessed 26.03.2022).
2. International Labour Organization, available at: https://www.ilo.org/moscow/areas-of-work/occupational-safety-and-health/WCMS_249276/lang--ru/index.htm (Accessed 26.03.2022).
3. Social Insurance Fund of Ukraine, available at: <http://www.fssu.gov.ua/fse/control/main/uk/publish/article/978178> (Accessed 01.04.2022).
4. State Labor Service of Ukraine, available at: <https://dsp.gov.ua/category/diyalnist/travmatyzm-statystyka-prychyny/> (Accessed 01.04.2022).
5. Berezovsky A. P., Trus O. M., Prokopenko E. V. (2021) Analysis of the state of occupational injuries in the regions of Ukraine. Bulletin of the Poltava Agrarian Academy. 3. 249-257. DOI: 10.31210/visnyk2021.03.31.
6. Kravtsov D. M. (2019) Benefits and Burdens of the New Procedure of Investigation and Record of Accidents. Probs. Legality. 140-147.
7. «Pro skhvalennia Kontseptsii reformuvannia systemy upravlinnia okhoronoiu pratsi v Ukraini ta zatverdzhennia planu zakhodiv shchodo yii realizatsii». [Order of the Cabinet of Ministers of Ukraine No 989-r. «On approval of the Concept of reforming the labor protection management system in Ukraine and approval of the action plan for its implementation»], available at: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/989-2018-%D1%80#Text> (Accessed 18.03.2022).
8. Tryukhan O. A. (2018) Prevention of occupational diseases: theoretical aspect. Legal scientific electronic journal. 4. 66–69.
9. Gordiychuk L. M. (2017) Aspects of occupational injuries and occupational diseases. Scientific Bulletin of Lviv National University of Veterinary Medicine and Biotechnology S.Z. Gzhytsky. 19(76). 136–138.
10. Constitution of Ukraine (1996), available at: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text> (Accessed 18.03.2022).
11. Zakon Ukrainy №2694-XII «Pro okhoronu pratsi» (1992). [Law of Ukraine №2694-XII «On labor protection»], available at: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2694-12#Text> (Accessed 02.04.2022).
12. «Pro zatverdzhennia Polozhennia pro Derzhavnu sluzhbu Ukrainy z pytan pratsi» (2015). [Resolution of the Cabinet of Ministers of Ukraine No 96 «On approval of the Regulations on the Civil Service of Ukraine on Labor»], available at: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/96-2015-%D0%BF#Text> (Accessed 02.04.2022).

13. Закон України №1105- XIV «Pro zahalnooboviazkove derzhavne sotsialne strakhuvannia» (2022). [Law of Ukraine No 101105-XIV «On Compulsory State Social Insurance»], available at: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1105-14#Text> (Accessed 28.03.2022).
14. Postanova Kabinetu Ministriv Ukrainy vid 17.04.2019 r. № 337 «Pro zatverdzhennia Poriadku rozsliduvannia neshchasnykh vypadkiv i profesiinykh zakhvoriuvan na vyrobnytstvi». [Resolution of the Cabinet of Ministers of Ukraine No 337 «On approval of the Procedure for investigation of accidents and occupational diseases at work»], available at: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/337-2019-p#Text> (Accessed 26.03.2022).
15. Postanova Kabinetu Ministriv Ukrainy vid 24.01.2020 r. №90 «Pro vnesennia zmin do Polozhennia pro Ministerstvo okhorony zdorovia Ukrainy». [Resolution of the Cabinet of Ministers of Ukraine No 90 «On Amendments to the Regulations on the Ministry of Health of Ukraine»], available at: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/90-2020-p#Text> (Accessed 03.04.2022).
16. Nakaz Ministerstva okhorony zdorovia Ukrainy vid 04.07.2007 № 370 «Pro zatverdzhennia klasyfikatora rozpodilu travm za stupenem tiazhkosti». [Order of the Ministry of Health of Ukraine No 370 «On approval of the classifier of the distribution of injuries by severity»], available at: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0902-07#Text> (Accessed 03.04.2022).
17. Yakovlev O. A. (2019) Fundamental problems of legal regulation of working conditions and establishment of guarantees for employees: monograph – Kharkiv. 456.
18. Postanova Kabinetu Ministriv Ukrainy №1662 «Pro zatverdzhennia pereliku profesiinykh zakhvoriuvan» (2000). [Resolution of the Cabinet of Ministers of Ukraine No 1662 «On approval of the list of occupational diseases»], available at: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1662-2000-p#Text> (Accessed 31.03.2022).
19. Nakaz Ministerstva okhorony zdorovia Ukrainy vid 29.12.2000 r. №374/68/338 «Pro zatverdzhennia Instruksii pro zastosuvannia pereliku profesiinykh zakhvoriuvan». [Order of the Ministry of Health of Ukraine No 374/68/338 «On approval of instructions on the application of the list of professional cases»], available at: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0068-01#Text> (Accessed 31.03.2022).
20. Nakaz Ministerstva okhorony zdorovia Ukrainy vid 09.04.2022 r. №603 «Pro zatverdzhennia Pereliku ustanov i zakladiv, shcho maiut pravo vstanovliuvaty ostatochnyi diahnoz khronichnykh profesiinykh zakhvoriuvan». [Order of the Ministry of Health of Ukraine No 603 «On approval of the List of institutions and establishments that have the right to establish a final diagnosis of chronic occupational diseases»], available at: <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-09042022--603-pro-zatverdzhennja-pereliku--ustanov-i-zakladiv-scho-majut-pravo--vstanovljuvati-ostatochnij-diahnoz--hronichnih-profesijnih-zahvorjuvan> (Accessed 15.04.2022).

Дата надходження рукопису до редакції: 29.04.2022 р.

Державна політика в галузі безпеки праці визначено законодавством України та узгоджується з принципами Конвенцій Міжнародної організації праці, директивами ЄС. У 2018 р. розпорядженням КМУ № 989-р схвалена Концепція реформування системи управління охороною праці. У Національній доповіді «Цілі Сталого Розвитку: Україна» передбачено до 2030 року знизити показник виробничого травматизму майже вдвічі.

Мета дослідження – комплексний аналіз нормативно-правових актів України, що регламентують розслідування та облік професійних захворювань та виробничого травматизму.

Матеріали та методи. Проаналізовані нормативно-правові акти України, що регулюють питання встановлення та обліку професійних захворювань і виробничого травматизму.

Результати. Положення з безпеки праці регламентуються Конституцією України, Кодексом законів про працю, Законом «Про охорону праці», іншими Законами, а також розробленими відповідно до них нормативно-правовими актами. Держслужба України з питань праці, Фонд соціального страхування здійснюють контроль за своєчасністю та об'єктивністю розслідування нещасних випадків, займаються соціальним страхуванням згідно Постанови КМУ № 337 «Про Порядок розслідування та обліку нещасних випадків, професійних захворювань та аварій на виробництві» (2019 р.).

Висновки. Законодавча та нормативна база щодо розслідування та обліку професійних захворювань формуються з урахуванням Директив МОТ,ЄС, адаптовані до потреб сьогодення. Необхідно скорочення нормативно-правових актів, перехід від компенсаційної моделі до системи управління професійними ризиками.

Ключові слова: безпека праці, професійні захворювання, нещасний випадок, розслідування, нормативно-правова база.

The state policy in the field of labor safety is defined legislation of Ukraine and is consistent with the principles of the Conventions of the International Labor Organization, EU directives. In 2018, by order of the Cabinet of Ministers No. 989-r, the Concept for reforming the system labor protection management. In the National report "Sustainable Development Goals: Ukraine" by 2030, it is planned to reduce the rate of occupational injuries by almost half.

The purpose of the study is a comprehensive analysis of the regulatory legal acts of Ukraine investigation and registration of occupational diseases and industrial injuries.

Materials and methods. Analyzed legal acts of Ukraine regulate the issues of establishing and accounting for occupational diseases and industrial injuries.

Results. The provisions on labor safety are regulated by the Constitution of Ukraine, the Code laws on labor, the Law "On labor protection", other Laws, as well as developed in accordance with their laws and regulations. State Service of Ukraine on Labor Issues, Fund social insurance supervise timeliness and objectivity of the investigation of accidents involved in social insurance in accordance with the Decree of the Cabinet of Ministers No. 337 "On the Procedure for Investigating and Recording Accidents cases, occupational diseases and industrial accidents" (2019).

Conclusions. Legislative and regulatory framework for the investigation and recording of professional diseases are formed on the basis of the Directives of the ILO, the EU, adapted to the needs of the present. It is necessary to reduce the regulatory legal acts, the transition from the compensation model to the system professional risk management.

Key words: labor safety, occupational diseases, accident, investigation, regulatory framework.

Conflicts of interest: absent.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Відомості про авторів

Нагорна Антоніна Максимівна – доктор медичних наук, професор, член-кореспондент НАМН України, відділ епідеміологічних досліджень, ДУ «Інститут медицини праці імені Ю. І. Кундієва НАМНУ»; вул. Саксаганського, 75, м. Київ, 01033.

+380 (97) 312-74-31, antoninagornaya@gmail.com.

Огородник Анна Миколаївна – кандидат технічних наук, ДУ «Інститут медицини праці імені Ю. І. Кундієва НАМНУ»; вул. Саксаганського, 75, м. Київ, 01033.

+380 (97) 693-18-06, kassmail@ukr.net.

DOI 10.24144/2077-6594.2.1.2022.258913
УДК 616.2-006.6-08

Фегер О.В., Погоріляк Р.Ю.

Особливості розвитку захворюваності та надання медичної допомоги хворим на злоякісні новоутворення органів дихання

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

Feger O.V., Pohoriliak R.Y.

Features of the development of morbidity and medical care for patients with malignant neoplasms of the respiratory system

Uzhhorod National University,
Uzhhorod, Ukraine

olga.feger@uzhnu.edu.ua, renata.pohorilyak@uzhnu.edu.ua

Вступ

Поміж найбільш поширених причин смертності населення, втрачених років життя та років життя з поправкою на інвалідність у світі злоякісні новоутворення (ЗН) посідають другу позицію після серцево-судинних захворювань уже протягом тривалого часу [3,4,6,8,10].

ЗН органів дихання (ЗНОД) стали однією з найбільш серйозних загроз для здоров'я населення. Як для України, так і для інших країн світу це захворювання є також соціальною проблемою, а не лише медичною. Це пов'язано із подальшим зростанням захворюваності населення, високою частотою ураження, частою інвалідністю і підвищенням смертності. У свою чергу ЗН легень зайняли позицію одного з найбільш частих онкологічних захворювань: щорічно більше 1 мільйона мешканців планети гинуть від раку легень [1].

У 2017 році Всесвітня асамблея охорони здоров'я прийняла резолюцію «Профілактика раку та боротьба з ним в контексті комплексного підходу» (WHA70.12), яка містить заклик до керівних країн ВООЗ прискорити роботу по досягненню цілей, що передбачені в Глобальному плані дій по профілактиці неінфекційних захворювань і боротьбі з ними на 2013-2020 рр., і в прийнятій ООН Повістці дня в області постійного розвитку на період до 2030 року, в інтересах зниження передчасної смертності від онкозахворювань [2,5,7].

У 2021 році ВООЗ/Європа запустила Об'єднані дії проти раку, загальноєвропейський рух проти раку з довгостроковим баченням ліквідації раку як захворювання, що загрожує життю [13,14].

Автори дослідження Global Cancer Statistics 2020 відзначають: «Рак вважається основною причиною смерті і серйозною перешкодою для збільшення тривалості життя в будь-якій країні. Це частково відображає помітне зниження показників смертності від інсульту та ішемічної хвороби серця» [10].

В свою чергу пандемія COVID-19 спричинила порушення в національних системах охорони здоров'я та вплинула на стан здоров'я в усьому світі [11]. Рациональне

та безпечне лікування хворих на рак легень під час пандемії стало постійною проблемою [9]. Затримка у лікуванні ЗН є проблемою системи охорони здоров'я в усьому світі [12].

Мета дослідження – вивчення особливостей розвитку та перебігу захворюваності на ЗНОД серед населення Закарпатської області, а також особливості надання медичної допомоги хворим з даною патологією.

Матеріали та методи

Об'єктом дослідження виступили пацієнти, хворі на ЗНОД, які проживають в Закарпатській області. Соціологічним методом дослідження було охоплено 196 пацієнтів. Дане дослідження проводилося з використанням розробленої нами анкети. Статистичний аналіз результатів було проведено за допомогою програми Microsoft Excel.

Результати дослідження та їх обговорення

За результатами проведеного соціологічного опитування було отримано 196 анкет респондентів. Аналіз соціально-демографічних характеристик показав, що серед пацієнтів більшість (63,3%) складають чоловіки, тоді як жінок – 36,7%. Вік респондентів коливався від 35 до 84 років. Переважна більшість опитаних проживали у сільській місцевості (75,5%), тоді як у місті та селищах міського типу 22,4% та 2,1% відповідно.

Встановлення сучасних факторів ризику та вивчення їх впливу на розвиток злоякісних новоутворень органів дихання є однією з актуальних проблем системи охорони здоров'я, оскільки є інформаційним підґрунтям для своєчасного виявлення осіб з факторами ризику та формування груп ризику. Вивчаючи чинники, які могли б сприяти розвитку даного захворювання було встановлено, що найбільше – 18,4% пацієнтів контактували з дизельним випаровуванням, тоді як з продуктами перегону вугілля, сполуками хрому, арсену, нікелю, азбесту, радону контактували 2,4% опитаних. Також, пацієнти відмічають

контакт з будівельним пилом (10,2%), деревним пилом (12,0%), свинцем (2,0%),

В ході дослідження було встановлено, що 53% респондентів курять і тільки 12,2% кинули курити в термін 6 місяців – 2 роки на момент опитування. Протягом тижня опитані викурюють від 60 до 280 сигарет, в середньому 180, тоді як про куріння електронних та інших видів сигарет, а також кальяну пацієнти не відмічали. Щодо зловживання алкоголем, то дослідженням було встановлено, що 32,7% пацієнтів вживають горілку (за тиждень від 100 до 700 мл, в середньому 400 мл), 38,8% – вино (від 500 мл до 4 літрів, в середньому 1,5 л) і 28,5% – пиво (від 1 до 6 л, в середньому 2 л).

Про вплив психоемоційних навантажень відмічають 12,2% респондентів (тривалість від 2 до 10 років), впливу постійної фінансової недостатності піддавалися 6,1%, нераціонального харчування – 26,5%, нездорового харчування – 36,7%, про відсутність особистого житла відмітили 10,2%.

Вивчаючи спадкові або біологічні чинники ризику, необхідно відмітити, що у сім'ї пацієнтів також страждали на хронічні захворювання органів дихання. Так, бронхіти були відмічені серед родичів у 61,2% опитаних, пневмонії (40,8%), ларингіти (26,5%), туберкульоз (20,4%), трахеїти (4,1%) та інші захворювання (24,5%). Не рідко анамнез сім'ї пацієнтів був обтяжений й онкологічною захворюваністю. Серед новоутворень органів дихання найбільш часто у сімейному анамнезі зустрічалися ЗН легень (28,6%), гортані (12,2%), бронхів (4,1%), трахеї (6,1%), а також ЗН інших локалізацій (36,7%). Найчастіше випадки онкологічних захворювань були зафіксовані серед родичів першого (32,7%) та другого покоління (36,7%).

Серед медичних чинників ризику розвитку ЗНОД 30,6% пацієнтів відмітили про проведення променевої терапії в минулому.

Дослідженням встановлено, що кожен четвертий пацієнт (24,5%), відмітив порушення в нього обмінних процесів, а гормональні порушення відмітили 6,1%.

За даними анкетування встановлено, що за профілактичною допомогою протягом останнього року зверталися тільки 30,6% респондентів. 79,6% – страждали на хвороби органів дихання. Наявність інших хронічних захворювань відмічали 59,2% опитаних, під наглядом у сімейного лікаря з приводу хвороб органів дихання перебували лише 14,3% та під наглядом у лікаря спеціаліста (пульмонолога, онколога) – 16,3%. Пацієнти, які перебували під наглядом спеціаліста здебільшого виконували всі призначення лікаря (60,0%) або почували себе добре (40,0%).

При влаштуванні на роботу 87,8% пацієнтів пройшли попередні медичні огляди, тоді як періодичний медичний огляд пройшли лише 71,4%.

На момент анкетування протягом останнього року сімейний лікар направляв на рентгенографію 73,5% опитаних, здебільшого з частотою 1 раз у році. Флюорографію за останній рік проходили 26,5% опитаних. З 40,3% пацієнтів сімейний лікар проводив

пояснення щодо ведення здорового способу життя та профілактики шкідливих звичок.

Час з моменту появи симптомів до виявлення захворювання становив від 1 місяця до 2 років, в середньому близько 7 місяців. Тільки 40,8% пацієнтів звернулися по медичну допомогу одразу після перших проявів захворювання. Основними причинами відкладення звернення за медичною допомогою були недооцінка рівня погіршення здоров'я (60,0%), 24,5% вказали, що не знали куди звернутися та 22,4% відмітили про наявність карантину в закладах охорони здоров'я.

При появі ознак захворювання, першочергово, 67,3% пацієнтів звернулися за допомогою до сімейної амбулаторії, 20,4% – у поліклініку/лікарню за місцем проживання, 6,1% – у приватну клініку/кабінет. Поміж симптомів, які найбільш часто турбували пацієнтів на момент виявлення захворювання були: постійна втома і нестача енергії (61,2%), втрата апетиту і ваги (53,1%), підвищення температури (46,9%), біль при диханні або кашлі (36,7%), задишка (32,7%), біль у грудях (26,5%), безперервний кашель (18,4%), втрата, осиплість голосу (22,2%), закладеність носа (2,0%).

На момент опитування 98,0% звернулись в спеціалізований медичний заклад, при чому 73,0% звернулись за направленням лікаря, 20,4% – самостійно. 20,4% опитаних звернулись з метою діагностики та 91,8% – лікування. 53,1% пацієнтів не знають, на якій стадії виявлено їх захворювання. Про план та методи обстеження та лікування були проінформовані 98,0% пацієнтів. Результати обстеження та лікування були детально обговорені з лікуючим лікарем у 65,3% пацієнтів. Пояснення лікаря були зрозумілими для 85,7% опитаних.

Власні кошти під час лікування витрачали 54,2% опитаних, здебільшого на ліки (73,1%), діагностику (34,6%) та операцію (7,7%). У 97,0% випадків оплата проводилася через касу та у 3,0% – медичним працівникам.

Хірургічне лікування було проведено 39,8% опитаним та з моменту оперативного втручання пройшло від 1 місяця до 5 років часу. 3-поміж спеціальних методів лікування променевою терапією отримують 48% опитаних, а хіміотерапевтичну – 51%.

З відмовою у госпіталізації стикалися 2,3% пацієнтів, що була обґрунтована переадресацією до іншого медичного закладу.

Перспективи подальших досліджень полягають у подальшій розробці заходів, що сприятимуть ранньому виявленню захворювань, своєчасній діагностиці та підвищенню якості життя пацієнтів.

Висновки

Дослідженням встановлено, що серед населення Закарпатської області ЗНОД найчастіше уражає чоловіків (63,3%), віком 35-84 роки, що проживають у сільській місцевості (75,5%). До чинників ризику, які відіграють значну роль у формуванні патології слід віднести: контакт

із дизельним випаровуванням, тютюнопаління, нерациональне та нездорове харчування, спадкова схильність до онкозахворювань, наявність хронічних захворювань органів дихання як в анамнезі, так і серед членів родини.

Найчастішими симптомами ЗНОД на момент виявлення захворювання були постійна втома і нестача енергії (61,2%), втрата апетиту і ваги (53,1%), підвищення температури (46,9%), біль при диханні або кашлі (36,7%), задишка (32,7%), біль у грудях (26,5%), безперервний кашель (18,4%), втрата, осиплість голосу (22,2%), тощо.

Основними причинами відкладення звернення за медичною допомогою при появі симптомів були недооцінка стану здоров'я, відсутність інформації щодо маршруту пацієнта при даному захворюванні та наявність карантину в закладах охорони здоров'я.

Таким чином, виявлення чинників ризику у хворих на ЗНОД дасть можливість сформувати групи ризику, а координована взаємодія первинної та спеціалізованої медичної допомоги дозволить розробити маршрут пацієнта, що призведе до своєчасного виявлення чинників ризику, їх ранній діагностиці та лікуванню.

Література

1. Зінчук А.М., Куцин М.В., Зінчук О.Г. Концептуальні напрямки оптимізації моделі раннього виявлення раку легень серед населення. Історичні, економічні, соціально-філософські та освітні аспекти розвитку охорони здоров'я: матеріали III Міжнародної науково-практичної інтернет-конференції. Харків, 2015: 79–82.
2. Профілактика рака і боротьба с ним в контексті комплексного підходу. Семидесята сесія всемирної асамблеї здравоохоронення WHA70.12. Шлях доступу: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275679/A70_R12-ru.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
3. У 2019 році новоутворення стали другою найчастішою причиною смерті українців. Висновки з дослідження глобального тягаря хвороб. Шлях доступу: <https://phc.org.ua/news/u-2019-roci-novoutvorennya-stali-drugoyu-nauchastishoyu-prichinoyu-smerti-ukrainciv-visnovki-z>.
4. Cancer deaths rose to 10 million worldwide in 2019. Шлях доступу: <https://www.healthdata.org/news-release/cancer-deaths-rose-10-million-worldwide-2019>.
5. Cancer. Шлях доступу: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/cancer>.
6. Cause-specific mortality, 2000–2019. Шлях доступу: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death>.
7. Global action plan for the prevention and control of NCDs 2013–2020. World Health Organization. Geneva. 2014: 114.
8. Global Burden of Disease 2019 Cancer Collaboration. Cancer Incidence, Mortality, Years of Life Lost, Years Lived With Disability, and Disability-Adjusted Life Years for 29 Cancer Groups From 2010 to 2019. JAMA Oncology. 30 December 2021. doi: 10.1001/jamaoncol.2021.6987.
9. Hanna T.P., King W.D., Thibodeau S., Jalink M., Paulin G.A., Harvey-Jones E., O'Sullivan D.E., Booth C.M., Sullivan R., Aggarwal A.. Mortality due to cancer treatment delay: systematic review and meta-analysis. BMJ. 2020 Nov 4; 371: m4087. doi:10.1136/bmj.m4087.
10. Hyuna Sung, Jacques Ferlay, Rebecca L. Siegel, Mathieu Laversanne, Isabelle Soerjomataram, Ahmedin Jemal, Freddie Bray. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA: A Cancer Journal for Clinicians. 2021; 3 (71): 209-249. <https://doi.org/10.3322/caac.21660>.
11. Isabelle Soerjomataram, Aude Bardot, Joanne Aitken, Marion Piñeros, Ariana Znaor, Eva Steliarova-Foucher, Betsy Kohler, Manola Bettio, Tomohiro Matsuda, Marianna de Camargo Cancela, Les Mery, Freddie Bray. Impact of the COVID-19 pandemic on population-based cancer registry. International Journal of cancer. 2021. 2 (150): 273-278. <https://doi.org/10.1002/ijc.33792>.
12. Passaro A., Bestvina C., Velez Velez M., Garassino M.C., Garon E., Peters S.. Severity of COVID-19 in patients with lung cancer: evidence and challenges. J Immunother Cancer. 2021 Mar; 9(3): e002266. doi: 10.1136/jitc-2020-002266.
13. Roundtable candid conversation hosted by WHO Cancer Ambassador Aron Anderson and launch of Cancer Screening Guide. Шлях доступу: <https://www.euro.who.int/en/media-centre/events/events/2022/02/roundtable-candid-conversation-hosted-by-who-cancer-ambassador-aron-anderson-and-launch-of-cancer-screening-guide>.
14. World Cancer Day. Шлях доступу: <https://www.euro.who.int/en/media-centre/events/events/2022/02/world-cancer-day>.

References

1. Zinchuk AM, Kutsin MV, Zinchuk OG Conceptual directions of optimization of the model of early detection of lung cancer among the population. Historical, economic, socio-philosophical and educational aspects of health care development: materials of the III International scientific-practical Internet conference. Kharkiv, 2015: 79–82.
2. Cancer prevention and control in the context of an integrated approach. Seventieth World Health Assembly WHA70.12. Access path: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275679/A70_R12-ru.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

3. In 2019, neoplasms became the second most common cause of death for Ukrainians. Conclusions from the study of the global burden of disease. Access path: <https://phc.org.ua/news/u-2019-roci-novoutvorenyya-stali-drugoyu-naychastishoyu-prichinoyu-smerti-ukrainciv-visnovki-z>.
4. Cancer deaths rose to 10 million worldwide in 2019. Access path: <https://www.healthdata.org/news-release/cancer-deaths-rose-10-million-worldwide-2019>.
5. Cancer. Access path: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/cancer>.
6. Cause-specific mortality, 2000–2019. Access path: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death>.
7. Global action plan for the prevention and control of NCDs 2013-2020. World Health Organization. Geneva. 2014: 114.
8. Global Burden of Disease 2019 Cancer Collaboration. Cancer Incidence, Mortality, Years of Life Lost, Years Lived With Disability, and Disability-Adjusted Life Years for 29 Cancer Groups From 2010 to 2019. JAMA Oncology. 30 December 2021. doi: 10.1001/jamaoncol.2021.6987.
9. Hanna T.P., King W.D., Thibodeau S., Jalink M., Paulin G.A., Harvey-Jones E., O'Sullivan D.E., Booth C.M., Sullivan R., Aggarwal A.. Mortality due to cancer treatment delay: systematic review and meta-analysis. BMJ. 2020 Nov 4; 371: m4087. doi:10.1136/bmj.m4087.
10. Hyuna Sung, Jacques Ferlay, Rebecca L. Siegel, Mathieu Laversanne, Isabelle Soerjomataram, Ahmedin Jemal, Freddie Bray. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA: A Cancer Journal for Clinicians. 2021; 3 (71): 209-249. <https://doi.org/10.3322/caac.21660>.
11. Isabelle Soerjomataram, Aude Bardot, Joanne Aitken, Marion Piñeros, Ariana Znaor, Eva Steliarova-Foucher, Betsy Kohler, Manola Bettio, Tomohiro Matsuda, Marianna de Camargo Cancela, Les Mery, Freddie Bray. Impact of the COVID-19 pandemic on population-based cancer registry. International Journal of cancer. 2021. 2 (150): 273-278. <https://doi.org/10.1002/ijc.33792>.
12. Passaro A., Bestvina C., Velez Velez M., Garassino M.C., Garon E., Peters S.. Severity of COVID-19 in patients with lung cancer: evidence and challenges. J Immunother Cancer. 2021 Mar; 9(3): e002266. doi: 10.1136/jitc-2020-002266.
13. Roundtable candid conversation hosted by WHO Cancer Ambassador Aron Anderson and launch of Cancer Screening Guide. Access path: <https://www.euro.who.int/en/media-centre/events/events/2022/02/roundtable-candid-conversation-hosted-by-who-cancer-ambassador-aron-anderson-and-launch-of-cancer-screening-guide>.
14. World Cancer Day. Access path: <https://www.euro.who.int/en/media-centre/events/events/2022/02/world-cancer-day>.

Дата надходження рукопису до редакції: 04.05.2022 р.

Мета. Вивчення особливостей розвитку та перебігу захворюваності на ЗНОД серед населення Закарпатської області, а також особливості надання медичної допомоги хворим з даною патологією.

Матеріали та методи. Об'єкт дослідження – пацієнти, хворі на ЗНОД, які проживають в Закарпатській області. Дане дослідження проводилося з використанням розробленої нами анкети. Статистичний аналіз результатів було проведено за допомогою програми Microsoft Excel.

Результати. Було отримано 196 анкет респондентів. Встановлено, що 18,4% пацієнтів контактували з дизельним випаровуванням, 53% респондентів курять і тільки 12,2% кинули курити. Варто відмітити, що у сім'ї пацієнтів також страждали на хронічні захворювання органів дихання та ЗНОД. Встановлено, що за профілактичною допомогою протягом останнього року зверталися тільки 30,6% респондентів. 79,6% – страждали на хвороби органів дихання. Першочергово, 67,3% пацієнтів звернулися за допомогою до сімейної амбулаторії, 20,4% – у поліклініку/лікарню за місцем проживання. Поміж симптомів, які найбільш часто турбували пацієнтів були: постійна втома і нестача енергії, втрата апетиту і ваги, підвищення температури, біль при диханні або кашлі, задишка, біль у грудях, безперервний кашель, втрата, осиплість голосу, закладеність носа. На момент опитування 98,0% звернулись в спеціалізований медичний заклад, при чому 73,% звернулись за направленням лікаря, 20,4% – самостійно. 20,4% опитаних звернулись з метою діагностики та 91,8% – лікування. 53,1% пацієнтів не знають, на якій стадії виявлено їх захворювання.

Висновки. Отже, виявлення чинників ризику у хворих на ЗНОД дасть можливість сформувати групи ризику, а координована взаємодія первинної та спеціалізованої медичної допомоги дозволить розробити маршрут пацієнта, що призведе до своєчасного виявлення чинників ризику, їх ранній діагностиці та лікуванню.

Ключові слова: онкозахворюваність, злякисні новоутворення органів дихання, надання медичної допомоги онкохворим.

Objective. Study of the peculiarities of the development and course of the incidence of MNRS among the population of the Transcarpathian region, as well as the peculiarities of providing medical care to patients with this pathology.

Materials and methods. The object of the study – patients with MNRS living in the Transcarpathian region. This study was conducted using our questionnaire. Statistical analysis of the results was performed using Microsoft Excel.

Results. 196 questionnaires were received. It was found that 18.4% of patients came into contact with diesel evaporation, 53% of respondents smoked and only 12.2% quit smoking. It should be noted that the family of patients also suffered from chronic respiratory diseases and MNRS. It was found that only 30.6% of respondents applied for preventive assistance during the last year. 79.6% – suffered from respiratory diseases. First of all, 67.3% of patients sought help from a family outpatient clinic, 20.4% – to a polyclinic / hospital at the place of residence. Among the symptoms that most often bothered patients were: constant fatigue and lack of energy, loss of appetite and weight, fever, pain when breathing or coughing, shortness of breath, chest pain, continuous cough, loss, hoarseness, nasal congestion. At the time of the survey, 98.0% applied to a specialized medical institution, of which 73% applied for a doctor's referral and 20.4% on their own. 20.4% of respondents applied for diagnosis and 91.8% for treatment. 53.1% of patients do not know at what stage their disease was detected.

Conclusions. Thus, the identification of risk factors in patients with ASD will allow to form risk groups, and coordinated interaction of primary and specialized care will develop the patient's route, which will lead to timely detection of risk factors, their early diagnosis and treatment.

Key words: cancer incidence, malignant neoplasms of the respiratory system, providing medical care to cancer patients.

Conflicts of interest: absent.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Відомості про авторів

Фегер Ольга Василівна – аспірант кафедри громадського здоров'я і гуманітарних дисциплін ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Україна, 88000.

+380 (66) 347-76-65, olga.feger@uzhnu.edu.ua, ORCID ID 0000-0002-7615-9347.

Погоріляк Рената Юріївна – д. мед.н., проф., завідувач кафедри громадського здоров'я і гуманітарних дисциплін ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Україна, 88000.

+380 (50) 942-94-32, renata.pohorilyak@uzhnu.edu.ua, ORCID ID 0000-0002-7388-9969.

DOI 10.24144/2077-6594.2.1.2022.258914
УДК 615.47:616-073.7:658.7-027

Слабкий Г.О., Погоріляк Ю.І.

Умови закупівлі медичних послуг з променевої діагностики за програмами медичних гарантій

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

Slabkiy G.O., Pohoriliak Yu.I.

Terms of purchase of medical services for radiological diagnostics under medical guarantee programs

Uzhhorod National University,
Uzhhorod, Ukraine

renata.pohoriliak@gmail.com

Вступ

На даному етапі реформи охорони здоров'я проводиться впровадження законодавчо визначеної системи державних гарантій з надання населенню безоплатної медичної допомоги [1]. З метою впровадження даних інновацій в країні створено Національну службу здоров'я України (НСЗУ) та забезпечено її діяльність по впровадженню державних гарантій медичної допомоги [2].

На 2022 рік затверджено 39 пакетів безоплатної медичної допомоги, які складаються із специфікації та умов закупівлі медичних послуг [3,4].

При цьому специфікація визначає обсяг медичних послуг, що провайдер зобов'язується надавати за договором відповідно до конкретного пакету безоплатної медичної допомоги, а умови закупівлі медичних послуг визначають крім іншого вимоги до спеціалістів та кількості фахівців, які працюють на посадах та до переліку обладнання. Заклади охорони здоров'я, які відповідають затвердженим вимогам за їх заявкою, контрактуються за відповідними пакетами на надання медичної допомоги [5].

При цьому необхідно відмітити, що променева діагностика відноситься до сучасних ефективних діагностичних методів і широко використовується в клінічній практиці [6–9].

Мета: дослідити та проаналізувати умови закупівлі медичних послуг за програмами медичних гарантій з використанням променевих методів діагностики.

Матеріали та методи

Матеріалами дослідження стали специфікації та умови закупівлі медичних послуг за програми медичних гарантій, які були затверджені КМУ для використання в 2022 році та 15 контрактів між НСЗУ та ЗОЗ за програмою «Медична допомога при гострому мозковому інсульті». В ході дослідження було використано наступні методи: бібліосемантичний, контент-аналізу, структурно-логічного аналізу.

Результати дослідження та їх обговорення

Відповідно до поставленої мети були досліджені та проаналізовані всі 39 програм медичних гарантій, які застосовуються Національною службою здоров'я України для контрактування закладів охорони здоров'я з метою надання населенню безоплатної медичної допомоги.

Із загальної кількості названих програм 17 (43,6%) не включають послуги із променевої діагностики. До них належать програми із екстреної та первинної медичної допомоги; програма профілактики, діагностики, спостереження, лікування та реабілітації пацієнтів у амбулаторних умовах; програми лікування пацієнтів методом гемодіалізу в амбулаторних умовах та лікування пацієнтів методом перитонеального діалізу в амбулаторних умовах та програми гістероскопія, езофагогастроуденоскопія, колоноскопія, цистоскопія, бронхоскопія; а також програми із діагностики, лікування та супроводу осіб із ВІЛ (та підозрою на ВІЛ), лікування осіб із психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів із використанням препаратів замісної підтримувальної терапії; стаціонарної психіатричної допомоги і психіатричної допомоги, яка надається мобільними мультидисциплінарними командами; програма супроводу і лікування дорослих та дітей, хворих на туберкульоз, на первинному рівні медичної допомоги; програми медичної реабілітації немовлят, які народились передчасно та/або хворими, протягом перших трьох років життя, медичної реабілітації дорослих та дітей від трьох років з ураженням опорно-рухового апарату, медичної реабілітації дорослих та дітей від трьох років з ураженням нервової системи; програма мобільної паліативної медичної допомоги дорослим та дітям.

Перелік програм медичних гарантій, які включають послуги та вимоги до них включаючи вимоги до обладнання та спеціалістів наведено в таблиці.

Програми медичних гарантій включають наступні послуги із променевої діагностичної допомоги: ультразвукова візуалізація з можливістю проведення доплерографії, рентгеновська діагностика, спіральна комп'ютерна томографія в тому числі з внутрішньовенним контрастуванням, магнітно-резонансна томографія в тому числі з внутрішньовенним контрастуванням.

Таблиця. Умови закупівлі медичних послуг за програмами медичних гарантій по забезпеченню променевої діагностики у 2022 році¹

Програма медичних гарантій	Вимоги до обладнання	Вимоги до спеціалістів
Хірургічні операції дорослим та дітям в умовах стаціонару одного дня	У закладі: - система ультразвукової візуалізації; - система рентгенівська діагностична	Лікар з ультразвукової діагностики – щонайменше одна особа, яка працює за основним місцем роботи в цьому закладі. Лікар-рентгенолог – щонайменше одна особа, яка працює за основним місцем роботи в цьому закладі.
Готовність до надання медичної допомоги в умовах поширення інфекційних захворювань, епідемій та в інших надзвичайних ситуаціях	У закладі: - система ультразвукової візуалізації; - система рентгенівська діагностична	Лікар з ультразвукової діагностики – щонайменше 2 особи, які працюють за основним місцем роботи в цьому закладі або за сумісництвом. Лікар-рентгенолог – щонайменше 2 особи, які працюють за основним місцем роботи в цьому закладі або за сумісництвом.
Медична допомога при гострому мозковому інсульті	У закладі: - спіральний комп'ютерний томограф (СКТ) зі шприц-інжектором для проведення ангиографії та/або магнітно-резонансний томограф (МРТ) з режимами визначення геморагії (t2*/gre/swi) та безконтрастною ангиографією (tof), які працюють в цілодобовому режимі; - система ультразвукової візуалізації з можливістю проведення доплерографії	Лікар-рентгенолог, який пройшов навчання з нейронаук (неврологія або нейрохірургія), з ендovasкулярного лікування ішемічного інсульту та навчання з діагностичної радіології – щонайменше 2 особи, які працюють за основним місцем роботи в цьому закладі.
Медична допомога при гострому інфаркті міокарда	У закладі: - система рентгенівська агіографічна; - система ультразвукової візуалізації з можливістю проведення доплерографії та обов'язковою наявністю кардіального датчика	Лікар з ультразвукової діагностики – щонайменше 2 особи, які працюють за основним місцем роботи в цьому закладі або за сумісництвом. Лікар-рентгенолог – щонайменше 2 особи, які працюють за основним місцем роботи в цьому закладі або за сумісництвом.
Медична допомога при пологах	У закладі: - система ультразвукової візуалізації, у т.ч. на основі доплерівської технології, з можливістю проведення досліджень жінкам та новонародженим; - система рентгенівська діагностична	Лікар з ультразвукової діагностики – щонайменше одна особа, яка працює за основним місцем роботи в цьому закладі або за сумісництвом. Лікар-рентгенолог – щонайменше одна особа, яка працює за основним місцем роботи в цьому закладі або за сумісництвом.
Медична допомога новонародженим у складних неонатальних випадках	У закладі: - система ультразвукової візуалізації з неонатальними датчиками, включаючи лінійний датчик. - система рентгенівська діагностична портативна	Лікар-рентгенолог – щонайменше одна особа, яка працює за основним місцем роботи в цьому закладі або за сумісництвом. Лікар з ультразвукової діагностики – щонайменше 2 особи, які працюють за основним місцем роботи в цьому закладі або за сумісництвом.
Хірургічні операції дорослим та дітям у стаціонарних умовах	У закладі: - система ультразвукової візуалізації з доплером; - система рентгенівська діагностична	Лікар з ультразвукової діагностики – щонайменше одна особа, яка працює за основним місцем роботи в цьому закладі або за сумісництвом.

Програма медичних гарантій	Вимоги до обладнання	Вимоги до спеціалістів
		Лікар-рентгенолог – щонайменше одна особа, яка працює за основним місцем роботи в цьому закладі або за сумісництвом.
Стационарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій	У закладі: - система ультразвукової візуалізації з доплером; - система рентгенівська діагностична	Лікар з ультразвукової діагностики, та/або лікар-рентгенолог, та/або лікар з функціональної діагностики – щонайменше одна особа з даного переліку, яка працює за основним місцем роботи в цьому закладі або за сумісництвом.
Стоматологічна допомога дорослим та дітям	У закладі: - система рентгенівська діагностична та/або дентальний рентген апарат	-
Ведення вагітності в амбулаторних умовах	У закладі: - система ультразвукової візуалізації з можливістю проведення доплерографії додатково з трансвагінальним датчиком	Лікар з ультразвукової діагностики, який пройшов підготовку з пренатальної діагностики (сертифікований курс тематичного удосконалення з пренатальної діагностики) – щонайменше одна особа, яка працює за основним місцем роботи в цьому закладі або за сумісництвом.
Мамографія	У закладі: - апарат рентгенівський мамографічний цифровий або апарат рентгенівський мамографічний аналоговий з мамографічним оцифровувачем	Лікар-рентгенолог – щонайменше одна особа, яка працює за основним місцем роботи у цьому закладі або за сумісництвом.
Діагностика та лікування дорослих і дітей із туберкульозом у амбулаторних та стаціонарних умовах	У закладі: - система рентгенівська діагностична та/або спіральний комп'ютерний томограф (скт); - система ультразвукової візуалізації	Лікар-рентгенолог – щонайменше одна особа, яка працює за основним місцем роботи в цьому закладі або за сумісництвом. Лікар з ультразвукової діагностики – щонайменше одна особа, яка працює за основним місцем роботи в цьому закладі або за сумісництвом.
Хіміотерапевтичне лікування та супровід дорослих і дітей з онкологічними захворюваннями в амбулаторних та стаціонарних умовах	У закладі: - система рентгенівська діагностична; - система рентгенівської комп'ютерної томографії (в тому числі з внутрішньовенним контрастуванням) (у власності закладу, на умовах оренди чи іншого права користування відповідного обладнання, або на умовах договору підряду); - система магнітно-резонансної томографії (в тому числі з внутрішньовенним контрастуванням) (у власності закладу, на умовах, оренди чи іншого права користування відповідного обладнання або на умовах договору підряду); система ультразвукової візуалізації з можливістю проведення доплерографії	Лікар з променевої терапії та/або лікар-радіолог та/або лікар-рентгенолог – щонайменше одна особа, яка працює за основним місцем роботи в цьому закладі або за сумісництвом. Лікар з ультразвукової діагностики – щонайменше 2 особи, які працюють за основним місцем роботи в цьому закладі або за сумісництвом.
Радіологічне лікування та супровід дорослих і дітей з онкологічними	У закладі: - обладнання для планування дистанційної та/або контактної терапії	Лікар-радіолог та/або лікар-рентгенолог, та/або лікар з радіонуклідної діагностики – щонайменше 2 особи з даного переліку,

Програма медичних гарантій	Вимоги до обладнання	Вимоги до спеціалістів
захворюваннями в амбулаторних та стаціонарних умовах:	(КТ-симулятор та/або рентгенівський симулятор, або інше обладнання) та відповідне програмне забезпечення; - система рентгенівської комп'ютерної томографії (в тому числі з внутрішньовенним контрастуванням) (у власності закладу, на умовах оренди чи іншого права користування, або на умовах договору підряду); - система магнітно-резонансної томографії (в тому числі з внутрішньовенним контрастуванням) (у власності закладу, на умовах оренди чи іншого права користування або на умовах договору підряду); - система ультразвукової візуалізації з можливістю проведення доплерографії; система рентгенівська діагностична	які працюють за основним місцем роботи в цьому закладі. Лікар з ультразвукової діагностики – щонайменше 2 особи, які працюють за основним місцем роботи в цьому закладі або за сумісництвом.
Лікування та супровід дорослих і дітей з гематологічними та онкогематологічними захворюваннями в амбулаторних та стаціонарних умовах	У закладі: - система рентгенівська діагностична; - система рентгенівської комп'ютерної томографії (в тому числі з внутрішньовенним контрастуванням) (у власності закладу, на умовах договору оренди чи іншого права користування відповідного обладнання, або на умовах договору підряду); - система магнітно-резонансної томографії (в тому числі з внутрішньовенним контрастуванням) (у власності закладу, на умовах договору, оренди чи іншого права користування відповідного обладнання, або на умовах договору підряду); - система ультразвукової візуалізації з можливістю проведення доплерографії	Лікар з променевої терапії та/або лікар-радіолог, та/або лікар з радіонуклідної діагностики, та/або лікар-рентгенолог – щонайменше одна особа, яка працює за основним місцем роботи в цьому закладі або за сумісництвом. Лікар з ультразвукової діагностики – щонайменше 2 особи, які працюють за основним місцем роботи в цьому закладі.
Стаціонарна паліативна медична допомога дорослим та дітям	У закладі: - система ультразвукової візуалізації у закладі, на умовах договору оренди чи іншого права користування відповідного обладнання, або на умовах договору підряду; - система рентгенівська діагностична у закладі, на умовах договору оренди чи іншого права користування відповідного обладнання, або на умовах договору підряду	-
Стаціонарна медична допомога пацієнтам з гострою респіраторною хворобою COVID-19, спричиненою коронавірусом SARS-COV-2	У закладі: - система рентгенівська діагностична та/або система рентгенівська діагностична портативна, та/або система рентгенівської комп'ютерної томографії, та/або система ультразвукової візуалізації з доплером	Лікар з ультразвукової діагностики та/або лікар-рентгенолог – щонайменше 2 особи з даного переліку, які працюють за основним місцем роботи в цьому закладі або за сумісництвом

¹ <https://contracting.nszu.gov.ua/vimogi-pmg-2022>.

Проведений аналіз специфікацій програм медичних гарантій дозволив встановити, що відповідно до їх вимог до обладнання запрограмовано для забезпечення надання безоплатних діагностичних послуг населенню з використанням променевих методів наявність у закладі охорони здоров'я відповідного діагностичного обладнання. При цьому система рентгенівської комп'ютерної томографії та/або магнітно-резонансний томограф і система ультразвукової візуалізації у закладі може бути на умовах договору оренди чи іншого права користування відповідного обладнання, або на умовах договору підряду. Проведений аналіз укладених 15 контрактів між НСЗУ та ЗОЗ за програмою «Медична допомога при гострому мозковому інсульті» вказує на те, що у 6 (40,0%) випадках орендоване обладнання для обстеження пацієнтів і заклад охорони здоров'я знаходяться за різними адресами, що ускладнює своєчасне обстеження тяжкохворих пацієнтів.

Аналіз вимог до забезпечення ЗОЗ спеціалістами вказує на їх недостатню досконалість. Так, за пакетом «Медична допомога при гострому мозковому інсульті» вимогою є наявність у ЗОЗ лікаря-рентгенолога, який

пройшов навчання з нейронаук (неврологія або нейрохірургія), з ендovasкулярного лікування ішемічного інсульту та навчання з діагностичної радіології. Задекларований рівень забезпечення лікарями – рентгенологами не може забезпечити виконання міжнародного золотого стандарту обстеження за термінами і проводити обстеження цілодобово.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням ефективності використання діагностичного обладнання з променевої діагностики на рівні закладів охорони здоров'я по забезпеченню виконання окремих Програм медичних гарантій.

Висновки

Національна служба здоров'я України приділяє значну увагу використанню променевих методів діагностики в клінічній практиці. Вони включені до 43,6% програм медичних гарантій. Умови закупівлі діагностичних послуг з використанням методів променевої діагностики потребують удосконалення.

Література

1. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення: Закон України від 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII. URL: http://search.liga.zakon.ua/l_doc2.nsf/link1/T172168.html.
2. Про утворення Національної служби здоров'я України: Постанова КМУ від 27 грудня 2017 р. № 1101 (із змінами, внесеними згідно з Постановами КМ № 753 від 21.08.2019, № 1073 від 27.11.2019, № 1067 від 06.10.2021). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017>.
3. Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2022 році: Постанова КМУ від 29 грудня 2021 р. № 1440. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/deyaki-pitannya-realizaciyi-programi-derzhavnih-garantij-medichnogo-obslugovuvannya-naselennya-u-2022-roci-i291221-1440>.
4. Про внесення змін до деяких постанов Кабінету Міністрів України щодо забезпечення реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення: Постанова КМУ від 20 березня 2022 р. № 325. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/325-2022-%D0%BF#T>.
5. Пакети медичних послуг. Зміст та підхід до контрагування закладів охорони здоров'я. Національна служба здоров'я України. Київ, 2020. 59 с.
6. Діагностика променева. Методи променевої діагностики. URL: <http://www.wikifr.xyz/zdorov-ja/medicina/15516-diagnostika-promeneva-metodi-promenevoi.html>.
7. Thompson CJ. Instrumentation. In: Wahl RL, Buchanan JW, eds. Principles and Practice of Positron Emission Tomography. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002:48-64.
8. Buchmann I, Reinhardt M, Elsner K, et al. 2-(Fluorine-18)fluoro-2-deoxy-D-glucose positron emission tomography in the detection and staging of malignant lymphoma. A bicenter trial. Cancer. 2001;91:889-899.
9. Bar-Shalom R, Yefremov N, Haim N, et al. Camera-based FDG PET and 67-Ga SPECT in evaluation of lymphoma: comparative study. Radiology. 2003;227:353-360.

References

1. Pro derzhavni finansovi harantii medychnoho obsluhovuvannya naseleennia: Zakon Ukrainy vid 19 zhovtnia 2017 roku № 2168-VIII. URL: http://search.liga.zakon.ua/l_doc2.nsf/link1/T172168.html.
2. Pro utvorennia Natsionalnoi sluzhby zdorovia Ukrainy: Postanova KМУ vid 27 hrudnia 2017 r. № 1101 (iz zminamy, vnesenymy zghidno z Postanovamy КМ № 753 vid 21.08.2019, № 1073 vid 27.11.2019, № 1067 vid 06.10.2021). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017>.
3. Deiaki pytannia realizatsii prohramy derzhavnykh harantii medychnoho obsluhovuvannya naseleennia u 2022 rotsi: Postanova КМУ vid 29 hrudnia 2021 r. № 1440. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/deyaki-pitannya-realizaciyi-programi-derzhavnih-garantij-medichnogo-obslugovuvannya-naselennya-u-2022-roci-i291221-1440>.

4. Pro vnesennia zmin do deiakykh postanov Kabinetu Ministriv Ukrainy shchodo zabezpechennia realizatsii prohramy derzhavnykh harantii medychnoho obsluhovuvannia naseleння: Postanova KМУ vid 20 bereznia 2022 r. № 325. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/325-2022-%D0%BF#T>.
5. Pakety medychnykh posluh. Zmist ta pidkhid do kontraktuvannia zakladiv okhorony zdorovia. Natsionalna sluzhba zdorovia Ukrainy. Kyiv, 2020. 59 s.
6. Diahnostyka promeneva. Metody promenevoi diahnostyky. URL: <http://www.wikifr.xyz/zdorov-ja/medicina/15516-diaagnostika-promeneva-metodi-promenevoi.html>.
7. Thompson CJ. Instrumentation. In: Wahl RL, Buchanan JW, eds. Principles and Practice of Positron Emission Tomography. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002:48-64.
8. Buchmann I, Reinhardt M, Elsner K, et al. 2-(Fluorine-18)fluoro-2-deoxy-D-glucose positron emission tomography in the detection and staging of malignant lymphoma. A bicenter trial. Cancer. 2001;91:889-899.
9. Bar-Shalom R, Yefremov N, Haim N, et al. Camera-based FDG PET and 67-Ga SPECT in evaluation of lymphoma: comparative study. Radiology. 2003;227:353-360.

Дата надходження рукопису до редакції: 31.05.2022 р.

Мета: дослідити та проаналізувати умови закупівлі медичних послуг за програмами медичних гарантій з використанням променевих методів діагностики та лікування.

Матеріали та методи. Матеріалами дослідження стали специфікації специфікації та умови закупівлі медичних послуг за програми медичних гарантій, які були затверджені КМУ для використання в 2022 році та 15 контрактів між НСЗУ та ЗОЗ за програмою «Медична допомога при гострому мозковому інсульті». В ході дослідження було використано наступні методи: бібліосемантичний, контент-аналізу, структурно-логічного аналізу.

Результати. В ході дослідження встановлено, що програми медичних гарантій включають специфікацію і вимоги закупівлі медичних послуг за програми медичних гарантій. Умови закупівлі визначають вимоги до обладнання та до спеціалістів. Вони залежать від програми медичних гарантій. Променева діагностика включена до 43,6% програм медичних гарантій. Проведений аналіз вказує на недосконалість затверджених вимог до закупівлі методів променевої діагностики за програмами медичних гарантій.

Висновки. Національна служба здоров'я України приділяє значну увагу використанню променевих методів діагностики в клінічній практиці. При цьому умови закупівлі діагностичних послуг з використанням методів променевої діагностики потребують удосконалення.

Ключові слова: медичні гарантії, програми, променева діагностика, закупівля, умови.

Goal of research: to investigate and analyze the conditions for the purchase of medical services under medical guarantee programs using radiological methods of diagnosis and treatment.

Materials and methods. The materials of the study were the specifications and conditions for the purchase of medical services under medical guarantee programs approved by the Cabinet of Ministers for use in 2022 year and 15 contracts between the National Health Service of Ukraine and the Health care facilities under the program "Medical assistance for acute cerebral stroke. The following methods were used in the study: bibliosemantic, content-analysis, structural and logical analysis.

Results. The study found that health guarantee programs include the specification and requirements for purchasing medical services under medical guarantee programs. Terms of purchase determine the requirements for equipment and specialists. They depend on the medical guarantee program. Radiation diagnostics is included in 43.6% of medical guarantee programs. The analysis indicates the imperfection of the approved requirements for the purchase of radiation diagnostic methods for medical guarantee programs.

Conclusions. The National Health Service of Ukraine pays considerable attention to the use of radiological diagnostic methods in clinical practice. At the same time, the conditions for purchasing diagnostic services using radiological diagnostic methods need to be improved.

Key words: medical guarantees, programs, radiation diagnostics, purchase, conditions.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflicts of interest: absent.

Відомості про авторів

Слабкий Геннадій Олексійович – д.мед.н., проф., завідувач кафедри наук про здоров'я факультету здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна. g.slabkiy@ukr.net.

Погоріляк Юлія Іванівна – лікар-інтерн, ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна. renata.pohoriliak@gmail.com.

DOI 10.24144/2077-6594.2.1.2022.258915
УДК 615.2.004.12

Картавцев Р.Л.

Загальна характеристика національного класифікатора медичних виробів

Державне українське об'єднання «Політехмед»,
м. Київ, Україна

Kartavtsev R.L.

General characteristics of the national classifier of medical devices

Ukrainian State Association «POLITEKHMED»,
Kyiv, Ukraine

badsantar@gmail.com

Вступ

До 2019 року в Україні був відсутній національний класифікатор медичних виробів. Основою для розробки національного класифікатора медичних виробів стали міжнародні документи: міжнародна номенклатура медичних виробів Global Medical Device Nomenclature [1], Директива Ради ЄС від 14.06.1993 № 93/42/ЄЕС щодо медичних виробів [2], Директива Ради ЄС від 20.06.1990 № 90/385/ЄЕС щодо активних медичних виробів, які імплантують [3], Директива Європейського Парламенту та Ради ЄС від 27.10.1998 № 98/79/ЄЕС щодо медичних виробів для діагностики in vitro [4], Регламент (ЄС) 2017/745 Європейського Парламенту та Ради від 05.04.2017 про медичні вироби [5], Регламент (ЄС) 2017/746 Європейського Парламенту та Ради від 05.04.2017 про медичні вироби для діагностики in vitro [6].

Класифікатор медичних виробів гармонізовано з міжнародною номенклатурою медичних виробів Global Medical Device Nomenclature (GMDN).

Мета: провести та представити загальну характеристику першого національного класифікатора медичних виробів України.

Матеріали та методи

Матеріалами дослідження став перший національний класифікатор медичних виробів України. В ході дослідження було використано наступні методи: бібліосемантичний, структурно-логічного аналізу.

Результати дослідження та їх обговорення

В ході проведеного дослідження було встановлено, що Національний класифікатор медичних виробів розроблено з метою уніфікації технічної, економічної і соціальної інформації, ідентифікації медичних виробів у відповідності до системи загально визначених міжнародних дескрипторів. Національний класифікатор медичних виробів представляє собою систематизований перелік найменованих об'єктів, кожному з яких у присвоєно унікальний код. Він застосовується в автоматизованих

системах управління і обробки інформації. Таким чином класифікатор медичних виробів є стандартним кодовою мовою документів щодо включених до нього виробів. Об'єктами класифікації, є медичні вироби, на які поширюється дія Технічного регламенту щодо медичних виробів, який затверджено постановою Кабінету Міністрів України від 02.10.2013 № 753 [7], Технічного регламенту щодо медичних виробів для діагностики in vitro, який затверджено постановою Кабінету Міністрів України від 02.10.2013 № 754 [8], Технічного регламенту щодо активних медичних виробів, які імплантують, що затверджено постановою Кабінету Міністрів України від 02.10.2013 № 755 [9].

Далі було досліджено сферу його застосування. Згідно чинних документів зазначено, що вказаний національний класифікатор медичних виробів призначений для застосування органами центральної державної влади, органами місцевого самоврядування, органами управління та закладами охорони здоров'я, виробниками медичних виробів, іншими зацікавленими підприємствами, установами та організаціями. Класифікатор медичних виробів, також, може використовуватись в процесі публічних закупівель медичних виробів для опису в договорах (контрактах) предмету публічних закупівель, забезпечення прозорості процедур їх закупівель за бюджетні кошти, створення ефективного конкурентного середовища у сфері публічних закупівель медичних виробів, сприяння виходу медичних виробів вітчизняного виробництва на світовий ринок.

Наступним кроком дослідження було вивчення питання щодо термінів, що застосовуються в класифікаторі та їх визначення. Було встановлено, що у класифікаторі медичних виробів вживаються терміни у значеннях Технічного регламенту щодо медичних виробів, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 02.10.2013 № 753, Технічного регламенту щодо медичних виробів для діагностики in vitro, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 02.10.2013 № 754, Технічного регламенту щодо активних медичних виробів, які імплантують, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 02.10.2013 № 755 [7–9].

Національний класифікатор медичних виробів призначений для ідентифікації інструментів, апаратів, приладів, пристроїв, матеріалів або інших медичних виробів. Національний класифікатор медичних виробів представляє собою адаптований переклад частини переліку медичних виробів, включених до номенклатури GMDN та доповнений медичними виробами, що не входять до номенклатури GMDN, але використовуються в Україні. Кожна з позицій складається з п'яти частин: код, назва терміну українською мовою, опис терміну українською мовою, назва терміну англійською мовою, опис терміну англійською мовою.

При розробці класифікатора використано наступні методи класифікації: ієрархічний, порядковий, п'ятизначний. Інформація про медичний виріб у національному класифікаторі подається у вигляді п'яти – значного цифрового коду GMDN (Code) і вона пов'язана перехресними посиланнями з точним формулюванням терміну (Term Name) і визначення (Definition). Це

показано на наступному прикладі: «Код (GMDN Code): 47569. Термін (GMDN Term Name): скальпель, одноразового використання. Визначення (GMDN Definition): «Стерильний ручний хірургічний інструмент, конструктивно складається з ручки, що переходить в лезо (незнімне), який використовується лікарем для розрізання або видалення тканин. Лезо, як правило, виготовлено з високоякісної легованої нержавіючої сталі або вуглецевої сталі, а ручка часто зроблена з пластмаси. Це виріб одноразового використання». Фрагмент національного класифікатора медичних виробів України представлено в таблиці. Національний класифікатор використовується разом з національним класифікатором України ДК 021:2015 «Єдиний закупівельний словник» [10] під час визначення предмета закупівлі.

Введення в дію в Україні національного класифікатора медичних виробів здійснює Державне українське об'єднання «Політехмед».

Таблиця. Фрагмент національного класифікатора медичних виробів України

Код	Ред._Назва українською	Ред._Опис українською	Назва англійською	Опис англійською
10003	Абдомінальна одноразова пов'язка	Полімерна чи тканинна стрічка, рулон або трубка, яку накладають на черевну порожнину для підтримування розслаблених черевних стінок або для підтримування інших речей (наприклад, одягу, ультразвукового перетворювача, кризьшкірного напрямника). Це виріб одноразового використання.	Abdominal binder, single-use	A polymer or fabric strip, roll, or tube intended to be applied to the abdomen to support relaxed abdominal walls or to provide support for another device (e.g., dressing, ultrasound transducer, percutaneous lead). This is a single-use device.
10014	Акупунктурний набір	Набір інструментів та матеріалів для проведення акупунктурних процедур. Зазвичай має акупунктурні голки й детектор точок. Широко застосовують у комплементарній терапії. Це виріб багаторазового використання.	Acupuncture kit	A collection of instruments and supplies used to perform acupuncture procedures. It typically includes acupuncture needles and a point detector. It is widely used in complementary therapy. This is a reusable device
10024	Адаптометр	Офтальмологічний пристрій з електричним живленням (живленням від мережі змінного струму), який забезпечує джерело світла, що стимулює, різної регульованої інтенсивності. Використовується для виміру часу, необхідного для адаптації сітківки ока [регенерації родопсину (зорового пурпуру)], і порогу мінімальної світлової чутливості.	Adaptometer	A mains electricity (AC-powered) ophthalmic device that provides a stimulating light source having various controlled intensities intended to measure the time required for retinal adaptation (regeneration of the visual purple) and the minimum light threshold

Код	Ред. Назва українською	Ред. Опис українською	Назва англійською	Опис англійською
10025	Аденотом	Ручний хірургічний виріб для видалення гіпертрофічної лімфоїдної тканини в носоглотці (тобто глоткових мигдалин чи аденоїдів) під час процедури, відомої як аденоїдектомія. Зазвичай це довгий, тонкий інструмент із різальними лезами на робочому кінці, а також ручка з механізмом керування лезами. Має різні конструкції та розміри, може бути цілісним інструментом або потребувати вставляння лез у ручку. Це виріб багаторазового використання.	Adenotome	A hand-held manual surgical instrument designed to excise hypertrophic lymphoid tissue in the nasopharynx (i.e., pharyngeal tonsils or adenoids) during a procedure known as an adenoidectomy. It is typically a long, slender instrument with cutting blades at the working end, and a handle with a mechanism to operate the blades. It is available in various designs and sizes and may be a one-piece instrument or require the insertion of the blades into the handle. This is a reusable device.
10035	Клей для поверхні шкіри	Нестерильна речовина (наприклад, гель, аерозоль) для прикріплення до поверхні шкіри медичного пристрою (наприклад, одягу, пристроїв стомічного застосування, естетичних відновлювальних протезів); не призначений для інвазивного/хірургічного використання, але може слугувати для інших випадків без контакту з пацієнтом. Можна застосовувати в домашніх умовах або в медичному закладі. Виріб одноразового використання.	Skin surface device adhesive	A non-sterile substance (e.g., gel, aerosol) intended to adhere a medical device (e.g., dressing, ostomy device, aesthetic restoration prosthesis) to the skin surface; it is not intended for invasive/surgical use but may be intended for other non-patient contact uses. It may be used in the home or healthcare facility. After application, this device cannot be reused.
10383	Велоергометр	Пристрій для кількісного вимірювання швидкості, за якої роботу виконує м'яз або група м'язів у контрольованих умовах. Пацієнт керує ним ногами, коли проходить оцінювання, лікування, навчання або реабілітацію, і вимірює цю м'язову активність за визначеної робочої навантаги.	Bicycle ergometer	A device intended to be used to provide a quantitative measurement of the rate at which work (energy) is performed by a muscle or group of muscles under controlled conditions. It is operated by a person using their legs, usually the patient, undergoing assessment, treatment, training, or rehabilitation and measures this related muscle activity at defined workloads.
10385	Велотренажер	Тренажер для забезпечення тієї самої фізичної активності, що й їзда на велосипеді, залишаючись нерухомим, насамперед для підвищення витривалості серцево-судинної системи, за рахунок підтримування серцевого ритму й частоти дихання	Bicycle exerciser	An exercise apparatus designed to provide the same physical activity of pedalling a bicycle while remaining stationary, primarily to increase cardiovascular endurance by keeping the heart and respiration rates elevated over a continuous period; it may also

Код	Ред. Назва українською	Ред. Опис українською	Назва англійською	Опис англійською
		протягом безперервного періоду. Також може сприяти зміцненню м'язів нижньої частини тіла, живота, рук і спини. Зазвичай складається зі встановленої на стійках велосипедної рами, сидіння, педалей, під'єднаних ланцюгом або ременем до змінного опору, й керма. Може мати режими програм тренування для регулювання рівня опору, монітора для відображення часу тренування, відстані, швидкості, спалювання калорій і частоти серцевих скорочень.		promote lower-body, stomach, arm, and back muscle strength. The device typically consists of a bicycle-like frame mounted on struts, a seat, pedals geared via a chain or belt to a variable resistance, and handlebars. It may include workout program modes to adjust the resistance level, a monitor to display the workout time, distance, speed, calories burned, and heart rate.
10403	Ультразвуковий аспіраційний біопсійний набір	Набір стерильних пристроїв, який має біопсійну голку та інші предмети для ультразвукового дослідження аспіраційного відбирання тканин. Під час ультразвукової візуалізації голка має забезпечувати чітке видиме зображення. Це виріб одноразового використання.	Ultrasound aspiration biopsy procedure kit A	A collection of sterile devices that includes a biopsy needle and other supplies used to perform an ultrasound-guided aspiration sampling of tissue. The needle tip must provide a clearly visible image during ultrasound imaging. This is a single-use device.
11246	Генератор для системи короткохвильової діатермічної терапії	Прилад, частина терапевтичної діатермічної системи, що генерує електромагнітну енергію (ЕМ) радіочастотного (РЧ) діапазону від 13 до 27.12 МГц, яка проникає крізь шкіру для створення зони нагрівання в заданому місці тіла. Енергію, створену приладом, трансформують електроди, накладені на пацієнта. Застосовують під час фізіотерапії для зниження болю, м'язових спазмів, але не для лікування внутрішніх хвороб.	Short-wave diathermy treatment system generator	A component of a short-wave therapeutic diathermy system designed to generate electromagnetic (EM) energy in the radio-frequency (RF) bands of 13 megahertz (MHz) to 27.12 MHz applied transcutaneously to provide a deep heat within specific volumes of the body. The energy generated by this device is typically conducted using electrodes placed on the patient's skin across the area to be treated; the energy is passed between the electrode poles to treat pain, muscle spasms, and joint contractures.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з впровадженням національного класифікатора медичних виробів в систему охорони здоров'я України.

Висновки

Проведений аналіз першого національного класифікатора медичних виробів НК 024:2019 України показав його відповідність GMDN з необхідністю його комплексного впровадження в країні.

Література

1. Міжнародна номенклатура медичних виробів Global Medical Device Nomenclature. URL: <https://www.gmdnagency.org>.
2. Директива Ради ЄС від 14.06.1993 № 93/42/ЄЕС щодо медичних виробів. URL: http://online.budstandart.com/ua/catalog/doc-page.html?id_doc=67838.
3. Директива Ради ЄС від 20.06.1990 № 90/385/ЄЕС щодо активних медичних виробів, які імплантують. URL: <https://www.dls.gov.ua/print-article/?pa=26054>.
4. Директива Європейського Парламенту та Ради ЄС від 27.10.1998 № 98/79/ЄЕС щодо медичних виробів для діагностики in vitro. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_b33#Text.
5. Регламент (ЄС) 2017/745 Європейського Парламенту та Ради від 05.04.2017 про медичні вироби. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/984_012-17#Text.
6. Регламент (ЄС) 2017/746 Європейського Парламенту та Ради від 05.04.2017 про медичні вироби для діагностики in vitro. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/984_017-17#Text.
7. Про затвердження Технічного регламенту щодо медичних виробів: Постанова Кабінету Міністрів України від 02.10.2013 № 753. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/753-2013-%D0%BF#Text>.
8. Про затвердження Технічного регламенту щодо медичних виробів для діагностики in vitro: Постанова Кабінету Міністрів України від 02.10.2013 № 754. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/754-2013-%D0%BF#Text>.
9. Про затвердження Технічного регламенту щодо активних медичних виробів, які імплантують: Постанова Кабінету Міністрів України від 02.10.2013 № 755. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/755-2013-%D0%BF#Text>.
10. Національний класифікатор України ДК 021:2015 «Єдиний закупівельний словник». URL: <https://dk21.dovidnyk.info>.

References

1. Mizhnarodna nomenklatura medychnykh vyrobiv Global Medical Device Nomenclature. URL: <https://www.gmdnagency.org>.
2. Dyrektyva Rady YeS vid 14.06.1993 № 93/42/IeES shchodo medychnykh vyrobiv. URL: http://online.budstandart.com/ua/catalog/doc-page.html?id_doc=67838.
3. Dyrektyva Rady YeS vid 20.06.1990 № 90/385/IeES shchodo aktyvnykh medychnykh vyrobiv, yaki implantuiut. URL: <https://www.dls.gov.ua/print-article/?pa=26054>.
4. Dyrektyva Yevropeiskoho Parlamentu ta Rady YeS vid 27.10.1998 № 98/79/IeES shchodo medychnykh vyrobiv dlia diahnostryky in vitro. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_b33#Text.
5. Rehlament (IeS) 2017/745 Yevropeiskoho Parlamentu ta Rady vid 05.04.2017 pro medychni vyroby. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/984_012-17#Text.
6. Rehlament (IeS) 2017/746 Yevropeiskoho Parlamentu ta Rady vid 05.04.2017 pro medychni vyroby dlia diahnostryky in vitro. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/984_017-17#Text.
7. Pro zatverdzhennia Tekhnichnoho rehlamentu shchodo medychnykh vyrobiv: Postanova Kabinetu Ministriv Ukrainy vid 02.10.2013 № 753. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/753-2013-%D0%BF#Text>.
8. Pro zatverdzhennia Tekhnichnoho rehlamentu shchodo medychnykh vyrobiv dlia diahnostryky in vitro: Postanova Kabinetu Ministriv Ukrainy vid 02.10.2013 № 754. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/754-2013-%D0%BF#Text>.
9. Pro zatverdzhennia Tekhnichnoho rehlamentu shchodo aktyvnykh medychnykh vyrobiv, yaki implantuiut: Postanova Kabinetu Ministriv Ukrainy vid 02.10.2013 № 755. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/755-2013-%D0%BF#Text>.
10. Natsionalnyi klasyfikator Ukrainy DK 021:2015 «Iedynyi zakupivelnyi slovnyk». URL: <https://dk21.dovidnyk.info>.

Дата надходження рукопису до редакції: 27.04.2022 р.

Мета: провести та представити загальну характеристику першого національного класифікатора медичних виробів України.

Матеріали та методи. Матеріалами дослідження став перший національний класифікатор медичних виробів України. В ході дослідження було використано наступні методи: бібліосемантичний, структурно-логічного аналізу.

Результати. В статті представлено загальну характеристику першого національного класифікатора медичних виробів з методичними підходами до його розробки та сферою застосування.

Висновки. Проведений аналіз першого національного класифікатора медичних виробів НК 024:2019 України показав його відповідність GMDN з необхідністю його комплексного впровадження в країні.

Ключові слова: національний класифікатор медичних виробів, характеристика.

Goal of research: to conduct the analysis and present the general characteristics of the first national classifier of medical devices of Ukraine.

Materials and methods. Methods: bibliosemantic, of structural-and-logical analysis. Materials: the first national classifier of medical devices of Ukraine.

Results. The article presents the general characteristics of the first national classifier of medical devices with methodological approaches to its development and scope of application.

Conclusions. The analysis of the first national classifier of medical devices NK 024:2019 of Ukraine showed its compliance with GMDN with the need for its comprehensive implementation in the country.

Key words: national classifier of medical devices, characteristics.

Відомості про автора

Картавцев Ростислав Леонідович – к.мед.н., генеральний директор Державного українського об'єднання «Політехмед»; вул. Івана Мазепи, 10, м. Київ, 01010.
badsantar@gmail.com.

Babecka J.¹, Gulasova I.²

Urinary incontinence and nurses knowledge toward prevention of catheter-associated urinary tract infection

¹Catholic university in Ružomberok, Faculty of Health, Slovakia

²Tnava university, Faculty of Health Sciences and Social Work, Slovakia

Бабечка Юзеф¹, Гуласова Івіца²

Нетримання сечі та знання медсестер щодо профілактики катетер-асоційованої інфекції сечовивідних шляхів

¹Католицький університет в Ружомбероку, факультет охорони здоров'я, Словаччина

²Трнавський університет, факультет наук про здоров'я та соціальної роботи, Словаччина

jozef.babecka@ku.sk, ivica.gulasova4@gmail.com

Introduction

Urinary incontinence (UI) has a major impact in longterm care facilities. It is the second leading reason for placement of older adults into institutionalized care and the primary reason why many elderly are not accepted into the less expensive and less environmentally restrictive environment of assisted-living facilities. In long-term care facilities, it has been estimated that 50% of the residents are incontinent of urine⁶ and that many who are continent at admission tend to become incontinent over time. Despite this highly prevalent condition, basic knowledge about UI and its management are lacking among nursing home staff. Generally, staff are not performing assessments of residents with UI but rather move forward with management or containment of urine leakage without either determining the presence of confounding variables such as transient causes or understanding the underlying causation. The treatment for UI depends on incontinence type and cause, as well as the capabilities and motivation of the resident. Options for managing UI in nursing home residents primarily include behavioral programs and medication therapy. Other measures and supportive devices used in the management of UI may include intermittent catheterization; pelvic organ support devices (pessaries); the use of incontinence products, garments, and external collection systems; and environmental accommodation and/or modification. Assessment of incontinence is the key component of the new CMS guidance and emphasizes identification of the transient cause, especially in a resident with new onset UI and persistent causes of UI. Assessment should include onset, duration, history, and previous treatment. The assessor should consider the side effects of medications. Clinical testing also should be part of the assessment process. Post-void residual (PVR) testing will determine the presence of incomplete bladder emptying.⁴ Elevated PVR levels (>150 to 200 mL) can increase risk of urinary retention, UTI, or upper tract pathology such as pyelonephritis. Once the resident is assessed, a plan of care

should be developed to optimize bladder function and to prevent the use of an indwelling catheter or UTI. The guidance outlines areas that will be of importance during the survey process. The assessment, care plan, and medical director's orders identifying facility interventions will be scrutinized and corroborated through observations by interview and record review. Surveyors will no longer accept a blanket plan for all residents. Each plan must be specific to the type of incontinence and include the rationale for a specific treatment plan or management system [1].

Urinary bladder catheters are medical devices commonly used for urinary drainage or as a method of collecting urine for measurement. Urinary catheters can be external, urethral (i.e., indwelling, intermittent) or suprapubic. External catheters are considered the least invasive since the device remains outside of the body in the form of a urinary pouch (available anyone) or a penile sheath catheter. External catheters are an effective way to collect urine but are not indicated for management of urinary obstruction. Urethral catheters are more invasive because the device is inserted transurethraly. Indwelling urethral catheters can be used for short-term bladder drainage or for the management of patients with chronic urinary retention. Indwelling urethral catheters are the most common type of catheter used in the hospital setting. Intermittent catheterization involves removing the catheter immediately after the bladder is decompressed and subsequent catheterizations on a scheduled basis. This method can be used for short- and long-term management, depending on the condition being treated. Some patients may not be candidates for intermittent catheterization due to discomfort, obesity, urinary obstruction or an upper-extremity impairment (for self-catheterization candidates). Suprapubic catheters are the most invasive catheter type because they require a surgical procedure for the suprapubic catheter to be placed through the abdominal wall and into the bladder. This mode allows for attempts at normal voiding without the requirement of re-catheterization and may prevent urethral trauma and stricture formation [1].



Figure. The three most common types of urinary catheters are straight, indwelling, and suprapubic

Source:

https://www.osmosis.org/learn/Urinary_catheters_and_routine_indwelling_catheter_care:_Clinical_skills_notes, 2022

Indications for catheters. There are several clinical scenarios that are appropriately indicated for catheter use. For example, urinary catheters may be appropriately indicated for the management of urinary retention with or without bladder outlet obstruction, management of immobilized patients (e.g., pelvic fracture), hourly urine output measurement in critically ill patients, and improved patient comfort for end of life care. 2,4 Some evidence shows that catheters are used too frequently without meeting indications for appropriate use or may be used longer than required. 2 Findings from Canadian and international studies indicate that 21 to 50 percent of hospitalized patients receive an unwarranted urinary catheter. In addition, one Ontario hospital reported that 18% of its hospitalized patients were catheterized, 69% of whom lacked an appropriate guideline-based reason. 10 The most common inappropriate indication is management of urinary incontinence via an indwelling catheter. The misuse of catheters puts patients at risk, including an increased risk of urinary tract infections (UTIs). Approximately 80% of health care-associated UTIs are related to the use of indwelling urinary catheters; 11 catheter-associated UTIs have been associated with increased morbidity, mortality, length of stay, and hospital costs. The duration of catheter use is another key contributor to the type of catheter used and risks associated with their use. Generally, short-term catheterization is considered less than a month and long-term catheterization is catheterization for one month or longer (i.e., 28 days or four weeks). Long-term catheterization is considered when other methods are not effective or practical, as long-term use can result in bacteriuria, UTI, blockage and bypassing (leakage around the catheter). 4 In particular, the two main indications for long-term indwelling catheters are urinary retention and urinary incontinence [2].

Providing evidence-based care on catheter use is important to improving patients' outcomes and preventing urinary catheter-related complications. Despite long-term indwelling catheter use being a common treatment plan to manage urinary retention and urinary incontinence, there is a lack of clarity on how to manage patients with long-term indwelling urinary catheters, including policies for replacing long-term urinary catheters. Thus, this report aims to summarize the evidence-based guidelines regarding the management of patients with long-term indwelling urinary catheters [3].

Aim of this study was to assess nurses knowledge and practices toward prevention of catheter-associated urinary tract infection.

Methods

A cross-section, correlational study was conducted with a convenience sample of 67 nurses recruited from medical and intensive care in Slovakia. Knowledge and Practices Questionnaire was completed by participants. It included one part: Level of Knowledge and Extent of Practices Questionnaire. Data collection was carried out from September 2021 to January 2022. Data were analyzed using the SPSS version 22.

Results

The mean age of the nurses' was 31.50 ± 6.15 , and around one-third (31.8%) of nurses were less than 30 years old. 65 of nurses were female (99.1%), and 72.2 % were married. Sixty four percent of nurses had a bachelor's degree in nursing, 34% had diploma, and only 2.8% had master or doctorate degree. More than half of nurses (53.2%) had years of experience ranged from 5 to 9 years, while only 0.7% had more than 30 year of experience. Out of 67 nurses who participated in the study, 23.4% nurses were working in the Medical Intensive Care, and 23.4% nurses were working in a Surgical Intensive Care, while 53.2% of nurses were working in a generally hospital department. The majority of nurses (91.2%) attended an educational or training program on urinary catheter procedures while only 8.8% had never attended. Nearly one-third of nurses (32.1%) attended an educational or training program on urinary catheter procedures more than three times. More than half of nurses (77.76%) had low a level of knowledge. While about one-third (35.40%) of nurses had average level of knowledge, and only 0.72% of nurses had high level of knowledge. Regarding the levels of nurses' practices toward catheter-associated urinary tract infection prevention, it was noted that the majority of nurses (89.90%) had a poor level of practices. While 11.10% of nurses had a good level of practices. It was observed that around half (45.2%) of nurses answered correctly most of knowledge questions. Moreover, it was found that around one third (39.5%) of nurses were responds correctly for proper urethral catheter maintenance and around half of nurses (45.1%) were responds correctly for considerations and techniques for catheter insertion while more than half of nurses (54.9%) were responds correctly for different approaches to catheterization and specimen collecting methods. Regarding nurses knowledge of considerations and techniques for catheter insertion; the majority of nurses (88.7%) knew that Silicone is preferable than Teflon-coated and latex catheter materials in reducing the risk of encrustation for long term catheterized patients who have frequent obstruction. More than half (55.8%) of nurses did not know that using alcohol hand sanitizer is comparable to hand washing in preventing catheter-associated urinary tract infection incidence. Furthermore, more than half (55.8%) did not know that routine use of antiseptic lubricants to decrease the risk of infection is not necessary for urinary catheter

insertion. Moreover, more than half of nurses (61.3%) mistakenly considered that antimicrobial prophylaxis offers greater benefit in reducing the incidence of catheter-associated urinary tract infection for patients requiring long-term catheterization. More than half of nurses (54.2%) incorrectly identified that antiseptic lubricants are more beneficial than non-antiseptic lubricants in reducing the incidence of catheter-associated urinary tract infection. Concerning nurses' knowledge of different approaches for catheterization and specimen collecting methods, 70.8% of nurses did not know that meatal cleansing with antiseptic solution post-catheterization does not offer greater advantage in preventing the incidence of catheter-associated urinary tract infection. 67.2% of nurses knew that when obtaining small urine volume for examination, aspirate the urine from the needleless sampling port with a sterile syringe after cleansing the port with a disinfectant. Regarding proper urethral catheter maintenance, two thirds of nurses did not know that silver coated catheters did not increase the risk of urethral irritation and antimicrobial resistance among catheterized patients and adding microbial solutions to drainage bags did not reduce the incidence of acquiring infection 72.4%, 70.1% respectively. In addition, more than half of nurses mistakenly answered that changing indwelling catheters or drainage bags at routine, fixed intervals is recommended for proper catheter maintenance and also, bladder irrigation, instillation, or washout using antiseptic or antimicrobial agent is beneficial in preventing catheter-associated urinary tract infection (64%), (65.2%), respectively. It was observed that more than half (59.8%) of nurses responds correctly to overall practices toward prevention of catheter-associated urinary tract infection. Regarding nurses' practices before catheter insertion, most of the nurses (82.1%) performed hand washing before urinary catheter insertion. More than half of nurses (55.8%) had a good practice due to used sterile gloves when inserting a catheter, but it is alarming that a little more than one third of nurses (47.2%) were not. More than half of nurses (58.7%) had poor practices, while more than one third (41.2%) of nurses had good practices in the number of times of using a single pack lubricant jelly in their catheter insertions. Concerning of nurses' practices during catheter insertion nearly three quarters (72.4%) of nurses had correct practices in keeping the collecting bag and tube free from kinking to maintain an unobstructed urine flow for the indwelling catheter. Finally, regarding nurses' practices after catheter insertion, more than half of nurses (53.8%) incorrectly placed the collecting bag after insertion which is a poor practices. Nearly three quarters (74%) of nurses had good practices on wearing of gown during any manipulation of the indwelling catheter's collecting bag. 62.8% of nurses when draining the catheter, contents of the collecting bag had contact with the collecting container through the drainage spigot. More than half (57.8%) of nurses had good practices on the use of one collecting container for each patient in emptying the collecting bag of the indwelling catheter. More than three quarters (76.8%) of nurses had good practices on implementing quality improvement strategies to reduce catheter-associated urinary tract infection. There were no significant relation between gender, education level, years of nursing experience, and educational or training program

attended on urinary catheter procedures, and the nurses' knowledge with $P > 0.05$. While there was a significant relation between nurses' knowledge and age with $P = 0.05$. In addition, there were no significant relation between age, gender, education level, years of nursing experience, and educational or training program attended on urinary catheter procedures, and the nurses' practices with $P > 0.05$. While there was a significant relation between nurses' practices and participants working in different units with $P < 0.001$.

Discussion

The current study was aimed to assess nurses knowledge. Nurses in this study had poor knowledge regarding proper urethral catheter maintenance followed by considerations and techniques for catheter insertion and finally, different approaches to catheterization and specimen collecting methods. The findings are contradicted with those found by Opina and Oducado (2014), who stated that the nurses were least knowledgeable about different approaches to catheterization and specimen collecting methods followed by proper urethral catheter maintenance and finally, considerations and techniques for catheter insertion. Regarding considerations and techniques for catheter insertion, the majority of nurses in this study knew that Silicone is preferable than Teflon-coated and latex catheter materials in reducing the risk of encrustation for long-term catheterized patients who have a frequent obstruction. [4]. In addition, more than one-half of the nurses in this study did not know that using alcohol hand sanitizer is comparable to hand washing in preventing catheter-associated urinary tract infection incidence. This finding is consistent with Opina and Oducado (2014), who found that 60% of nurses did not realize that using alcohol hand sanitizer is comparable to hand washing in preventing catheter-associated urinary tract infection, while the result contradicted with Shah et al. (2017), who found that 70% of nurses know that using alcohol hand sanitizer is comparable to hand washing in preventing catheter-associated urinary tract infection. Gould et al. (2017) mentioned that there was no significant difference between alcohol hand sanitizer and hand washing in reducing catheter-associated urinary tract infection incidence. In this study, more than half of nurses did not know that the routine use of antiseptic lubricants to decrease the risk of infection is not necessary for urinary catheter insertion. This result congruent with the finding of Opina and Oducado (2014), who stated that 66.7% of nurses did not know that routine use of antiseptic lubricants is not necessary for decrease the infection caused by urinary catheter insertion. On the other hand, more than half of nurse in this study incorrectly identified that antiseptic lubricants are more beneficial than non-antiseptic lubricants in reducing the incidence of catheter-associated urinary tract infection. According to Mitchell et al. (2011) and Gould et al. (2017), there was no significant difference between antiseptic lubricants and non-antiseptic lubricants in preventing catheter-associated urinary tract infection, despite the fact there is very low-quality evidence advising to use lubricants during indwelling urinary catheter insertion to decrease the risk of catheter-associated urinary tract infection. This study result also revealed that more than half of

nurses mistakenly considered that antimicrobial prophylaxis offers greater benefit in reducing the incidence of catheter-associated urinary tract infection for patients requiring long-term catheterization. Similar to this finding, Opina and Oducado (2014) found that 70% of nurses mistakenly believed that antimicrobial prophylaxis offers greater benefit. In addition, Shah et al. (2017) indicated that 55.7% of nurses mistakenly considered that antimicrobial prophylaxis offers greater benefit, while only 44.3% considered that antimicrobial prophylaxis does not provide greater benefit. Moreover, it is not routinely recommended the use of systemic antimicrobial agents to prevent catheter-associated urinary tract infection (Gesmundo, 2016). Regarding proper urethral catheter maintenance, two-thirds of nurses did not know that silver-coated catheters do not increase the risk of urethral irritation and antimicrobial resistance among catheterized patients. This result congruent with the finding of Opina and Oducado (2014), who found that 53.3% of nurses did not know that silver-coated catheters not increase the risk of urethral irritation. According to Gould et al. (2017), there is low-quality evidence recommended a benefit of silver-coated catheters over standard latex catheters in reducing the risk of bacteriuria, but there was no evidence of increased urethral irritation or antimicrobial resistance in studies that stated information regarding microbiological outcomes. Moreover, two-thirds of the nurses did not know that adding microbial solutions to drainage bags not reduce the incidence of acquiring an infection. This result contradicted with Opina and Oducado (2014), who found that 66.7% of nurses knew that adding microbial solutions to drainage bags not reduce the incidence of acquiring an infection. In addition, this result contradicted with Kose et al. (2016), who found that 50% of nurses knew. In this regard, Loveday et al. (2014) mentioned that no effect on catheter-associated urinary tract infection when adding bacterial solutions to drainage bags. The result of this study revealed that more than half of the nurses had a low level of knowledge toward catheter-associated urinary tract infection prevention. Regarding nurses' practices before catheter insertion, most of the nurses performed hand washing before urinary catheter insertion. This result consistent with Kose et al. (2016), who found that 88.2% of nurses performed hand washing before urinary catheter insertion. 100% of the nurses performed hand washing before and after insertion [5]. While contradicted with Shehab (2017), who found that only 36% of nurses performed hand washing before and after insertion. Hand washing before urinary catheter insertion is one step of proper techniques for urinary catheter insertion (Gould et al., 2017). More than half of nurses had poor practices in the number of times of using a single pack lubricant jelly in their catheter insertions in this study. This result contradicted with Opina and Oducado (2014), who found that 66.7% of nurses use a single bottle for lubricant in their catheter insertions, In this study, more than half of nurses had good practice due to

use sterile gloves when inserting a catheter. This result is similar to the previous studies (Kose et al., 2016) who found that the majority of nurses used sterile gloves when inserting a catheter. Concerning the nurses practices during catheter insertion, nearly three quarters of nurses had correct practices in keeping the collecting bag and tube free from kinking to maintain an unobstructed urine flow for the indwelling catheter. This finding consistent with Opina and Oducado (2014), who indicated that 73.3% of nurses had correct practices in keeping the collecting bag and tube free from kinking. Regarding nurses' practices after catheter insertion, more than half of nurses incorrectly placed the collecting bag after insertion which is a poor practices in this study. This result contradicted with Opina and Oducado (2014), who found that 100% of nurses placed the collecting bag below the bladder. In addition, Mukakamanzi (2017) indicated that 90.6% of the nurses placed the collecting bag below the bladder. There is association between reflux of urine and infection, therefore as recommended by CDC collecting bag should be place below the level of the bladder all times to make sure that free flow of urine and prevents back flow, in the same time collecting bag should not touch the floor by hung on an appropriate stand [6]. Nearly three quarters of nurses had good practices on wearing of gown during any manipulation of the indwelling catheter's collecting bag. The CDC to use gown during any manipulation of the catheter or collecting bag as standard precautions (Gould et al., 2017). In this study, more than three quarters of nurses had good practices on implementing quality improvement strategies to reduce catheter-associated urinary tract infection through using a system of alerts and reminders for patients with catheter, and assess the need for continued catheterization. The result is contradicted with Opina and Oducado (2014), who found that 96.7% of nurses did not implementing quality improvement strategies to reduce catheter-associated urinary tract infection [7].

Conclusions

One of the most common healthcare-associated infections is catheter-associated urinary tract infection. It is largely preventable if catheterization indications, catheterization care methods, and other preventative measures are carefully followed. In this study, there were knowledge deficit and poor practices about catheter-associated urinary tract infection prevention among nurses. There were no statistical, significant relation between nurses' knowledge and practices toward catheter-associated urinary tract infection. Also, there was no significant relation between sociodemographic variables and knowledge or practices mean scores. While there was a significant relation between nurses' knowledge and age and there was a significant relation between nurses' practices and current unit.

References

1. Gulasova, I., Babecka J. (2020). Kvalita života seniorov s inkontinenciou moču. Vyd.: TYPI UNIVERSITAS TYRNAVIENSIS v Trnave, 1. vyd., 2020, s 175., ISBN: 978-80-568-0215-1, EAN: 9788-0568-02151.

2. Marenčák J. (2011). Urinary incontinence. Elisabeth o.z., Skalica, 2011, 1st vs., 133 s., ISBN: 978-80-970567-1-1.
3. Popovicova M. (2019). Competence of sestjor in the field of rehabilitation in Slovakia. In I naukovo-praktyčna konferenciia z mizhnarodnoiu uchastiu, prysviachena 20-y richnytsi z dnia zasnuvannia fakultetu zdorovia ta fizychnoho vykhovannia. 17-18.10.2019 Uzhhorod, Ukraine. – Zdorovja nacii. 2019; ISSN 2077-6594. 55(2): 141-144.
4. Kose, Y., Leblebici, Y., Akdere, S.S., Cakmakci, H., & Otuncemur, S., Egici, M.T., Bektemür, G. (2016). Level of knowledge of the nurses work in a public hospital about the prevention of catheter-associated urinary tract infections. The Medical Bulletin of Sisli Etfal Hospital, 50(1), 70-79.
5. Gould, C.V., Umscheid, C.A., Agarwal, R.K., Kuntz, G., Pegues, D. A. Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. (2017). Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections 2009. Infection Control and Hospital Epidemiology, 31(4), 319-26.
6. Opina, M.L.F., & Oducado, R.M.F. (2014). Infection control in the use of urethral catheters. Knowledge and practices of nurses in a private hospital in Iloilo cit y, Asia Pacific Journal of Education, Arts and Sciences, 1(5), 93–100.
7. Babecka, J., Gulasova I. (2020). Specifics of therapy of stress urinary incontinence and care of a woman in the context of nursing. In: Nursing and midwifery. Journal of the Slovak Chamber of Nurses and Midwives (06) 2020, p. 31-36, ISSN: 1339-5920.

Дата надходження рукопису до редакції: 25.04.2022 р.

Aim of this study was to assess nurses knowledge and practices toward prevention of catheter-associated urinary tract infection.

Methods. A cross-section, correlational study was conducted with a convenience sample of 67 nurses recruited from medical and intensive care in Slovakia. Knowledge and Practices Questionnaire was completed by participants. It included one part: Level of Knowledge and Extent of Practices Questionnaire. Data collection was carried out from September 2021 to January 2022. Data were analyzed using the SPSS version 22.

Results. The majority of nurses (91.2%) attended an educational or training program on urinary catheter procedures while only 8.8% had never attended. 32.1% of nurses attended an educational or training program on urinary catheter procedures more than two times. More than half of nurses (77.76%) had low a level of knowledge. While about one-third (35.40%) of nurses had average level of knowledge, and only 0.72% of nurses had high level of knowledge. Regarding the levels of nurses' practices toward catheter-associated urinary tract infection prevention, it was noted that the majority of nurses (89.90%) had a poor level of practices. While 11.10% of nurses had a good level of practices.

Conclusions. There were no statistical, significant relation between nurses' knowledge and practices toward catheter-associated urinary tract infection. Also, there was no significant relation between sociodemographic variables and knowledge or practices mean scores. While there was a significant relation between nurses' knowledge and age and there was a significant relation between nurses' practices and current unit.

Key words: urinary incontinence, nursing, prevention of catheter-associated, urinary tract infection.

Метою цього дослідження було оцінити знання та практичні навички медсестер щодо профілактики катетер-асоційованих інфекцій сечових шляхів.

Методи. Було проведено перехресне кореляційне дослідження із вибіркою з 67 медсестер, прийнятих на роботу з медичної практики та інтенсивної терапії у Словаччині. Учасники заповнили Анкету знань та практик. Він включав одну частину: Анкета рівня знань та обсягу практик. Збір даних проводився з вересня 2021 року по січень 2022 року. Дані аналізували за допомогою SPSS версії 22.

Результати. Більшість медичних сестер (91,2%) відвідували освітню або навчальну програму щодо процедури роботи з сечовим катетером, тоді як лише 8,8% ніколи не відвідували. 32,1% медичних сестер відвідували освітню або навчальну програму щодо процедури роботи з сечовим катетером більше двох разів. Більше половини медичних сестер (77,76%) мали низький рівень знань. При цьому близько третини (35,40%) медичних сестер мали середній рівень знань, і лише 0,72% медсестер мали високий рівень знань. Щодо рівня практики медсестер щодо профілактики катетер-асоційованих інфекцій сечовивідних шляхів, було відзначено, що більшість медсестер (89,90%) мали низький рівень практики. Тоді як 11,10% медсестер мали хороший рівень практики.

Висновки. Не було статистичного значущого зв'язку між знаннями та практикою медсестер щодо катетер-асоційованої інфекції сечовивідних шляхів. Крім того, не було суттєвого зв'язку між соціально-демографічними змінними та середніми балами знань чи практики. Хоча існував значний зв'язок між знаннями медсестер та віком, а також існував значний зв'язок між практикою медсестер та поточним підрозділом.

Ключові слова: нетримання сечі, догляд, профілактика катетер-асоційованих, інфекція сечовивідних шляхів.

Conflicts of interest: absent.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Відомості про авторів

PhDr. **Babečka Jozef**, PhD.
Catholic university, Faculty of Health
Námestie A. Hlinku 48
034 01 Ružomberok
Slovak Republic
jozef.babecka@ku.sk.

prof. PhDr. **Gulasova Ivica**, PhD., MHA
Trnava university, Faculty of Health Sciences and Social Work
Univerzitné námestie 600,
917 01 Trnava
Slovak Republic
ivica.gulasova4@gmail.com.

Šulcová J., Murgová A.

The specificities of communication in the care of patients with cardiovascular diseases

St. Elizabeth University of health and social work, Bratislava,
Slovak, Institute of Bl. P.P. Gojdiča a V. Hopku Prešov;
Slovakia

Шулкова Я., Мургова А.

Специфіка спілкування при лікуванні хворих на серцево-судинні захворювання

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

janulasulcova@gmail.com, annamurgov@gmail.com

*"Listen to your patient well,
he tells you the diagnosis."*
prof. Josef Thomayer

Introduction

For a long time, cardiovascular disease (CVD) has been the "leading" cause of morbidity and mortality, in terms of all diseases. However, the major advances in medicine, in particular pharmacotherapy or medical technology and devices, have not improved this condition either [1]. Physicians and health care professionals are constantly focusing on the ways to improve the quality of patient care and decrease the number of patients with CVD or the mortality rate for CVD. One of the possible solutions is to improve cooperation from the perspective of the health care provider – patient – health care provider. The communication of the medical staff with the patient is one of the crucial roles in the treatment process. Communication as a life skill is acquired in childhood and improved through direct experience in everyday life. It is assumed that doctors and nurses can communicate effectively, but it is just a false belief. We all have experienced different types of misunderstandings and conflicts in our lives. Most cardiac patients gain experience and meet doctors and nurses not only in the sphere of their profession and expertise, but also their personality, behaviour, and the way they communicate during their medical examination, consultation, or hospitalization. Usually, most failures occur in routine communication, when the patient's disease is considered a condition that needs to be treated and monitored, or it is a disease that will eradicate over time, and therefore, it is not important to focus on the form and content of the communication. However, this is a big mistake, because it is communication itself that forms the image of the health care system and creates the opinion of the patients or the public on the system and quality of health care. It is very common to meet doctors or nurses who still make mistakes in their routine communication. According to the data of the Health care surveillance authority, 60% of complaints are against wrong approach or poor communication with the patient. Effective communication between the patient and the medical staff has a

great impact on patient satisfaction and, through his active approach, on the results of their treatment [2]. Patients need medical staff and health care professionals who not only treat them or take care of them but who also use effective and open communication. It can also lead to higher quality patient satisfaction, treatment outcomes, lower health care costs, and fewer patient complaints.

Communication in the past and present

In the past, the patient's passive approach on the one hand, and the doctor's authoritative approach on the other hand were considered ideal cooperation. The patient was expected to follow the doctor's recommendations – "compliance" – regarding the medications and recommended lifestyle changes important for disease management and reduction of cardiovascular disease risk factors. This common approach has prevailed until now, especially during the consultation with the doctor or hospitalization, when patients become frightened or anxious expecting the worst [7]. Then patients want a helping hand, to turn to the doctor or the nurse with confidence, so they need information to orient themselves and start cooperating. Despite the emphasis on a proactive approach and co-responsibility – "adherence", not all health care professionals are prepared for this form of communication. Modern technologies and the Internet help to increase the awareness of the public about cardiovascular diseases, invasive examinations, and treatment methods. The rapid and accessible acquisition of medical information means that patients require much more information than it was in the past and health care professionals need to be aware of the risks relating to the acquisition of not always adequate information. Moreover, it is important to change "silent medicine" into an open partnership and to offer educational guides and information leaflets based on current professional literature and clear authorship to the patients.

When providing educational manuals and leaflets, the health care professional should set aside time and space for the

patient's questions and be interested in whether the patient understands the recommendations and the importance of cooperation. The general goal of education today is aimed at the prevention of health disorders and problems (in terms of disease), information provision and its correct understanding as well as at the change of the attitude and behaviour of people so that they could adopt a healthy lifestyle. Another very important goal is to support individuals to actively participate in the learning process, and to make decisions based on their own self-interests, beliefs, and values.

Effective communication

Proper communication is very important not only in the sphere of the relationship between the health care professional and the patient but also in all fields of daily life. Communication can be defined as the transfer of information, or the mutual exchange of information through various signals and symbols [2]. It can be transmitted in speech, writing, as a non-verbal way of communication, or by communication media such as newspapers, radio, television, and others. Interaction among people is usually accompanied by a specific type of communication and nursing care is no exception. Nursing practice put emphasis on communication and the ability to interact with patients.

Health care professionals use communication skills when interacting with patients as part of their professional equipment. The ability to communicate helps to establish and develop contact with the patient [9]. Communication is a skill that must be always developed, the only thing we need is to want it, know it and be able to develop it. Ischemic heart disease, hypertension, acute myocardial infarction, separation from family, fear, inability to work, the need to make further decisions without obtaining effective information, etc. are some of the examples that result in impaired patient communication skills and a passive approach to self-care. The basic principles of communication are:

- simplicity, the need to adapt to the patient in communication, the way of expression and terminology, in their education as well as the ability to understand the issue and each other,
- not to disclose any information or overload patients with information that they cannot remember,
- trust and openness,
- use of assertiveness in communication,
- active listening in communication,
- encouragement of the patient to communicate,
- patience,
- empathy in communication,
- equality in communication despite unequal status,
- enough time [2].

Communication strategies

- to use active listening techniques,
- to use plain language,
- to use open-ended questions that force patients to discuss the topic,
- to use the technique of remembering the information,
- to establish an agreement with the patient to adhere to a collaboratively developed treatment plan,

- to monitor and identify patient cues,
- to communicate with the patient in a courteous, respectful, and friendly manner.

The course of communication

The purpose of every communication is to evoke a response, so it means that communication is a process. The communication process consists of five basic components. If one is missing, communication cannot begin or run properly. These components are:

1. Sender – nurse as an educator – a person who sends the information.
2. Receiver – patient as a recipient – a person who receives the information and who tries to decode it and to understand it.
3. Message – information – an idea/topic that is conveyed.
4. Feedback – response, answer – a message that the information has been received.
5. Situational context – situation, environment, and tools – are important in a communication process and can fundamentally change the meaning of educational information [6].

The specificities of communication in nursing care

Quality nursing care is impossible without effective and successful nurse-patient communication. However, nurses cannot be satisfied with the standard communication they have acquired in life, so it is important for them to constantly learn and work on their communication skills. To carry on effective communication which will meet the expectations of both, the patient, and the nurse, it is necessary to learn and follow several guidelines.

1. At the first nurse-patient contact, the important facts are:
 - greeting – introducing the nurse to the patient (name, title, etc.) as well as the patient to the nurse,
 - the first impression is very important – clothes, jewellery, scent, etc.
 - eye contact helps to build a relationship of trust; it is important to seek eye contact however patients often ignore it due to the feeling of uncertainty,
 - focus on the patient – leaving the patient alone, mobile phone not switched off, etc.
 - encourage the patient to talk – empathy,
 - patience and enough time.
2. If the nurse knows what to expect from the patient, she/he can prepare for it, and set a goal for what to achieve during the interview. In the implementation of educational and intervention activities, the nurse needs to prepare educational materials and educational leaflets, which are easily formulated, understandable, written in larger letters, graphically modified and coloured, and suitable for patients with different educational backgrounds. They need to be regularly updated and revised.
3. When educating the patient, it is important to have knowledge of the topic and information about important facts in the field of CVD and its prevention.

4. When conducting an interview, the strategic preparation of the nurse is also required. The nurse should be prepared for various questions and reactions from the patient and should clarify the best outcome when communicating with the patient. It is also important to know what compromises can be tolerated and what result is unacceptable.

5. It is important to know how the patient is perceived by the nurse. If the nurse treats the patient as an enemy, it affects the way they communicate together, and the patient can perceive it negatively. It can be revealed by the tone of the nurse's voice, the body language, or the choice of words. The nurse should perceive the patient as an equal person who has rights and opinions as well as strengths and weaknesses. Nurses do not always have to agree with the patients' views, but they can accept them and agree on some compromises. It is important to find out what patients really think, what the meaning of their words is, and what they want to achieve [5].

6. Trust, mutual respect, and consideration are essential for the nurse-patient relationship. If the nurse understands the patient, there are better opportunities to have a discussion or lead a dialogue. Moreover, when a nurse tries to listen to the patient without saying a word, it is possible to interrupt the patient politely, not using phrases such as "It is enough! Stop! It is my turn, I will talk!"

7. The nurse should not be interrupted when communicating with the patient. Many patients have a bad habit of interrupting people so if the nurse meets them, it is necessary to be polite and friendly saying: "Please, allow me to finish my sentence." "Please wait, I would like to say one more sentence".

8. If the nurse does not catch the patient's attention, after 30 seconds of the speech the patient stops listening, starts focusing on something else, and soon gets bored. The nurse should try to present her opinion as briefly as possible and give enough space to the patient [3].

9. It is important to check whether a person understands everything, whether it is a nurse or a patient. With the right targeted questions, the nurse can guide the conversation –

speaking clearly and choosing correct expressions and precise language with many examples.

10. The success of communication and education of the nurse also depends on the fact how the patient remembers the key information. Some studies have shown that patients can remember only half of what the health care professional – a doctor or a nurse has said. Usually, it is the introductory information or the final information at the end of the discussion. An important and necessary way to improve the effectiveness of communication is to verify that the patient has understood the information correctly. Through effective communication and a well-chosen method, the nurse can help the patient to understand and remember information better. Moreover, it helps the nurse to see whether the key concept has been understood and memorized correctly by the patient [8].

11. It is important to inform the patient during the decision-making process. The information must be objective, impartial, patient-oriented, up-to-date, evidence-based, reliable, accessible, relevant, and in accordance with the law. Patients who are actively involved in the decision-making process have a better prognosis. Most patients undergoing the selective coronary angiography, primary coronary intervention, or a coronary artery bypass graft (CABG) have limited health literacy – understanding of their disease and sometimes they have unreasonable expectations regarding the proposed intervention, its complications, or the need for re-intervention, especially of the primary coronary intervention.

12. Patients deserve to understand the risks, benefits, and uncertainties associated with their cardiovascular disease and its treatment. It is necessary for the nurse to avoid incomprehensible jargon, or to use terminology that patients do not understand.

13. Patients have the right to know who will treat them, examine them, as well as who will educate them [4].

14. It should not be forgotten that successful communication is an important aspect of nursing care, and it is part of the therapy. Effective communication with patients is as important as meeting their basic needs.

Table 1. **Barriers to information absorption in communication**

Nurse	The use of technical terms, speech mismatched, fast, no practical examples; the same form of providing information not taking into consideration education, employment, current mental and physical health; in conclusion, failure to repeat the plan of cooperation, which is expected by the patient
Patient	Unusual situation, worries, anxiety, fear, shame to ask when the patient does not understand
Halo effect nurse – patient – nurse	The tendency to judge patients by their looks, and their first impression rather than what nurses or patients say and how they behave

Source (here and after): based on Kristová, 2004.

Table 2. **The most common difficulties of communication in education between the nurse and the patient**

- inaccurate, obscure information about health problems,
- failure to follow the doctor's instructions, treatment, and recommendations,
- non-compliance with the nurse's recommendations in the secondary prevention for health promotion,
- the patient's passive attitude towards treatment and prevention,
- failure to take responsibility for the patient's health.

Conclusions

One of the crucial tasks in the treatment and nursing process is the communication of medical staff with the patient. Patients as laypeople often do not know how to evaluate the medical expertise of a doctor or a nurse, but they know how to evaluate their approach, communication, their behaviour during diagnosis, examination, treatment, or education. Even most

complaints about medical staff are not based on poor medical or nursing care but arise due to inappropriate and often misunderstood communication. Professional and human communication with patients and their relatives is very important – it helps to avoid unnecessary conflicts and complaints, moreover, it promotes good relationships between the nurse and the patient, improves compliance, and reduces the stress of the nurses when performing demanding tasks.

References

1. Hradec, J., Býma, S. 2007. Ischemická choroba srdeční. Praha : Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2007. p. 14. ISBN 80-86998-14-2.
2. Jarošová, D. 2000. Teorie moderního ošetrovatelství. Praha: ISV, 2000. 132 pp. ISBN 80-85866-55-2.
3. Krátká, A. 2002. Edukace klientů v praxi sestry. Olomouc: Grada publishing a.s. Multioborová, interdisciplinární a mezinárodní kooperace v ošetrovatelství. 2002. 372 pp. ISBN 80-247-0536-2.
4. Kohl, P., Alfieri, O., Dunning, J., Elia, S., Kappetein, P., et al. 2011. Guidelines on myocardial revascularization European Heart Journal of Cardiology Lett. 2011; 20(2):126–165.
5. Konnerth, I., Senftleben, R. 2008. 10 Praxistips für erfolgreiche Gespräche – Tipps 4–6. [online]. Available at: <http://www.zeitzuleben.de/artikel/kommunikation/gesprachsfuehrung.2html>.
6. Kristová, J. 2004. Komunikácia cvičenia. Martin: Osveta, 2004. 224 pp. ISBN 80-8063-164-6.
7. Křivohlavý, J. 2015. Pozitívni psychologie. Praha: Portál 2015. 275 pp. ISBN 978-80-262-0978-2.
8. Magerčiaková, M. 2008. Edukácia v ošetrovatelstve 1. Ružomberok: Fakulta zdravotníctva v Ružomberku, 2008, 106 pp. ISBN 978-80-8084-221-5.
9. Zacharová, E., Hermanová, M., Šramková, J. 2007. Zdravotnícka psychologie. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 232 pp. ISBN 978-80-247-2068-5.

Дата надходження рукопису до редакції: 11.04.2022 р.

The major advances in medicine, in particular pharmacotherapy or medical technology and devices, have not improved condition of cardiovascular disease.

Objective: the ways to improve the quality of patient care and decrease the number of patients with CVD is to improve cooperation from the perspective of the health care provider – patient – health care provider.

Own text: the communication of the medical staff with the patient without mistakes.

Conclusion: effective communication between the patient and the medical staff has a great impact on patient satisfaction.

Key words: communication, education, nurse, patient.

Основні досягнення медицини, зокрема фармакотерапії чи медичних технологій та пристроїв, не покращили стан серцево-судинних захворювань.

Мета: шляхами підвищення якості обслуговування пацієнтів та зменшення кількості пацієнтів із ССЗ є покращення співпраці з точки зору постачальника медичної допомоги – пацієнта – медичної допомоги.

Власний текст: спілкування медичного персоналу з пацієнтом без помилок.

Висновок: ефективне спілкування між пацієнтом та медичним персоналом має великий вплив на задоволеність пацієнтів.

Ключові слова: спілкування, освіта, медсестра, пацієнт.

Conflicts of interest: absent.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Відомості про авторів

Šulcová Jana – PhD student, St. Elizabeth University of health and social work, Bratislava, Slovakia.
janulasulcova@gmail.com.

Murgová Anna – Associate Professor, Head of Department of Nursing, St. Elizabeth University of health and social work, Bratislava, Institute of bl. Bl. P. P. Gojdiča a V. Hoptku, Presov, Slovakia.
annamurgov@gmail.com.

Ivankova V., Belovicova M.

The importance of psychohygiene in a care for nurses' mental health in the time of pandemic

St. Elizabeth University of health and social work,
Bratislava, Slovakia

Іванкова В., Беловічова М.

Значення психогієни у впливі на психічне здоров'я медсестер у період пандемії

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

vierkai@centrum.sk

Introduction

Current situation with the COVID-19 pandemic has affected the whole world and has significantly affected nurses' job performance. This is also related to the level of mental and physical strain associated with this profession, which has increased significantly compared to the period before the pandemic. A nurse constantly enters into relationships with other people, cooperates with other health professionals, encounters with death and dying, especially at this time, which is associated with increased mortality in patients affected by the pandemic. A nurse witnesses physical and mental suffering, which greatly affects their attitudes and personality. During a pandemic, heavy demands are placed on nurses, therefore it is wearing to manage this profession and not be subject to stress and exhaustion. The topic of nursing staff psychohygiene is still largely underestimated, and the absence of methods that would help to achieve some degree of mental well-being leads to negative consequences, which are reflected in the overall health of nurses and also in their performance.

The **aim of the paper** is to point out that during a pandemic, nurses are exposed to a number of negative factors that go beyond the normal practice of this profession, such as direct exposure to the disease, increased workload and work pace, work under pressure, dynamically changing situations, working in PPE, stressful situations, enormous increase in number of patients, colleagues tested positive for COVID-19, fear of transmitting the infection to one's family, etc. Imbalance between work and family, lack of rest, lack of support from management or the employer and from the family members, insufficient pay considering the work effort and work in high risk environment are also common problems. All these factors have a negative impact on the mental health of nurses, which is subsequently reflected in their professional performance. We investigated the level of nurses' psychohygiene during the COVID-19 pandemic.

Results

Based on the respondents' answers, we can state that the psychological well-being of nurses in the nursing practice during the COVID-19 pandemic is influenced by the following

factors: increased physical and mental strain, increased stress, exhaustion and overall negative impact on work. Factors that affect nurses' job satisfaction during a pandemic are in the form of rewards and financial evaluation. At the same time, working in a good team and in positive work environment, as well as sufficient rest, sufficient number of staff and protective equipment and the joy of patients' healing bring nurses a sense of job satisfaction. According to nurses, during a pandemic, increased workload and staff shortages are the most common causes of mental exhaustion, which is also associated with overall exhaustion and irritability. A significant number of respondents has experienced a loss of motivation, impaired sleep, headaches, feelings of anxiety and reduced concentration. Psychohygiene is essential in the work of nurses during a pandemic. Among nurses, the most known and used strategies to manage the mental strain are: sleep and rest, nature walks, positive work climate, physical activity and sports. The respondents also mentioned entertainment and relaxation, peer support and meditation as other ways of coping with psychological stress.

Discussion

We conducted the survey in March 2022. The data collected provided us with an overview of how nurses perceive the impact of a pandemic on their work, how they cope with increased mental strain and stress, what techniques for coping with psychological stress are they familiar with and what is the level of their psychohygiene during a pandemic. The survey was designed for nurses who were actively working during the current COVID-19 pandemic, mostly in wards where they were in direct contact with patients infected with this highly infectious disease. 164 respondents took part in the survey, of which 87.5% were women and only 12.5% were men. Of these participants, 31.3% were aged 31-40 (26.6% aged 51-60, 21.9% aged 41-50 and 20.5% aged 21-30). In terms of education, the highest share was represented by nurses with a first-degree university education (28.1%), 25.0% with a higher vocational education and 25% with a second-degree university education. 15.6% of respondents had full secondary education with school leaving examination and only 6.3% mentioned another type of education. During the pandemic, respondents

experienced increased mental and physical load (31.3%), increased stress levels (28.1%), overall negative impact on their work (21.6%) or exhaustion (18.8%).

The profession of a nurse is demanding not only from the professional point of view, but also in the terms of physical condition, ethics, and mental resistance to stress. Nowadays, affected by the COVID-19 pandemic, all these variables are multiplying. Nurses assess patients in protective clothing, wearing protective shields, gloves, respirators, which entail considerable personal discomfort and the contact with the patient is thus hindered. Despite all possible measures, many nurses became infected or died. These facts greatly increase nurses' stress level. That is why the care for mental health and well-being of nurses is very important. In our survey, as many as 68.8% of respondents state that the pandemic has had an impact on their mental health. The nurses found themselves in terrible situations, from the beginning of the pandemic, when they did not have enough protective equipment, working in an unfamiliar environment, when wards were being reorganized due to an increased number of patients, and they were also afraid of the impact of the disease on their families. Among the most common stressors and reasons for anxiety, nurses cite fear of infection, along with concern about the health of their family and friends, or lack of personal protective equipment. The very cause of stress is lack of self-care, which arises as a result of lack of time and breaks for food, or the inability to provide adequate care due to staff shortage. Facing death is extremely challenging by itself, but at the time of a pandemic it became very common, having negative impact on the mental health of nurses [16]. According to our survey, mental well-being of nurses during the pandemic is most affected by increased workload (55.9%) and staff shortages (49.7%), which they perceive as negative factors. Other negative factors as considered by the respondents are: the disease itself and the fear of the disease (37.2% of the respondents), increased mortality (29.4% of the respondents), social isolation (26.3% of the respondents). Many nurses feel mentally down due to their inability to help the patients as they would desire, they suffer from feelings of helplessness, other sources of stress and anxiety, including extremely long work shifts due to lack of colleagues combined with various restrictions and personal isolation. The workload during the pandemic also affects the family life of nurses, which adversely affects mental health in terms of family security and meeting the needs of the family, home education, care for the elderly and overall care for the family and household [10]. 34.0% of the respondents stated that awards and financial rewards contributed to their job satisfaction during the pandemic, and 19.7% of the respondents mentioned support from the management and colleagues as well as a good work environment as positive factors. 26.9% of the respondents stated that during the pandemic no factor brings them satisfaction in their work. In a quantitative study, via questionnaire survey, Yang et al. [17] addressed 200 randomly selected nurses working in hospital in the United States. Research has shown that employer support and peer support have had a positive effect on nurses' job satisfaction. Satisfaction with work was also affected by the financial evaluation according to work intensity. To the question concerning direct impact of the pandemic on the mental health

of nurses, 50.0% of the respondents agreed and 42.2% admitted that the pandemic has had an impact on the mental health of nurses. 62.5% of the respondents experienced increased physical stress during the pandemic. In fact, every situation during a pandemic brings stress, either in its positive form, when it stimulates higher performance, or in its negative form, when it lowers self-confidence, deprives energy and strength, leads to loss of motivation or to complete burnout [1]. 84.4% of our survey respondents perceived overall exhaustion as a manifestation of mental exhaustion and up to 46.9% also mentioned irritability. According to the respondents, another predominant manifestation of mental exhaustion was loss of motivation in 42.2% of the responses, 39.1% experienced disturbed sleep, 34.4% suffered from headaches, 25.0% experienced a decrease in concentration, and 21.9% felt anxious. 34.4% experienced headaches, 25.0% noticed decrease in concentration, 21.9% experienced anxiety. These conditions can affect nurses' mental health and can lead to development of depression, anxiety, post-traumatic stress symptoms, post-traumatic stress disorder and other mental health disorders. Prior to the COVID-19 pandemic, nurses could visit family and friends, exercise outside or in the gym, or be involved in social group activities such as athletic teams or extracurricular sport clubs. However, the social distance has limited skills normally used to deal with difficult, stressful, traumatic and emotionally exhausting situations. These traumatic events often have a delayed impact on an individual's mental health. Those traumatized by the COVID-19 pandemic may not be aware of the negative consequences they will face in the future. Mental health awareness is important because trauma often affects work performance. Individuals may experience irritability, sleep changes, and social or communicative withdrawal after traumatic events [11]. Multiple studies on COVID-19 – Maben, Bridges, [8]; Mo et al., 2020 [9]; Shahrour, Dardas, 2020 [12]; Sun et al., 2020 [13] claim that some nurses face intense psychological stress or trauma e.g. insomnia, fear, anxiety during the pandemic due to unsuitable working environment, lack of staff and personal protective equipment, heavy workload and lack of knowledge and skills related to infection control. In addition, several studies – Chen et al., [5]; Zhou et al., [18] stressed that the psychological problems that occurred during the Covid-19 pandemic negatively affect occupational safety and efficiency, thereby increasing occupational risks. Even a rather capable individual who can easily deal with normal stressful situations, can sometimes get into a situation when the amount of stress experienced in particular moment is almost unmanageable. In such situations, it is important to know the methods of prevention and specific techniques for coping with stress. For as many as 70.3% of our respondents, the most common strategy for coping with mental stress is sleep and rest, 53.1% practice nature walking and 40.6% appreciate a positive working climate. A relatively large representation of 39.1% make use of physical activity and sports and communication with family and friends. Other ways of coping with mental strain are: support from the family in 28.1% of the respondents, entertainment and relaxation in 28.1%, support from colleagues in 26.6%, meditation in 20.3%, and music and art in 14.1% of the respondents. The general goal of

psychohygiene is mental balance, mental health and a healthy lifestyle for people of all ages. During the pandemic, it is appropriate to put in place suitable measures – strategies to reduce stress by offering consecutive rest days to ensure the safety of nurses [12]. In addition to self-safety, the study by Fernandez et al. [4] has shown that nurses are also concerned about their families; therefore, it is essential to provide them with the means to communicate with their families and to solve relevant issues. In addition, Chen et al, [5] suggested that support from friends and colleagues significantly helped nurses to cope with the onslaught of patients. In particular, supportive relationship with colleagues was crucial because they were more willing to share their experience with people who experienced the same, which could alleviate the psychological and emotional trauma. Adequate lifestyle helps maintain balance, supports resilience and performance of the whole body. Lifestyle is not only related to nutrition itself, but also to the regular alternation of sleep and rest with physical activity and exercise. Proper breathing is one of the basic components of psychohygiene. Many of us take breathing for granted, but we need to realize that without gas exchange, we could not exist. Sometimes we forget to appreciate things that we take for granted and so we feel dissatisfied. In ancient times, the ancient Indians, Chinese and Buddhas knew the importance and depth of breathing and recognized the need for proper conscious breathing [15]. Concentrated respiratory excursions and maintaining clear and calm thinking before entering patient's room can help nurses tolerate the stress and trauma they will face. Nurses who focus rather on work than on anxiety, stress and fear can provide better patient care with greater efficiency [11]. Yoga has the most complex system for breathing and breathing exercises called pranayama (prana – breath, ajam – break). Yoga, as a great example from the East, contributes to development of physical and mental health. It has a beneficial effect on the whole body, on relaxation and tranquillity, it helps to increase concentration. It is focused

mainly on achieving harmonization and concentration of individual body systems and body functions. Yoga creates mental calmness and body harmony. It is a so called physical and mental fitness training. During yoga practice, body acquires a unity of body, mind and emotions [7]. For the body to function well, regular sleeping regime plays a very important role. For example, if it is possible to go to bed and also get up at the same time. Try not to get into sleep debt, making sleep regime disrupted [6]. Rest is very important for the human body. It is essential to relax actively, correctly. The most important thing for one's body is to be able to listen to it and take care of it. Experts and various psychologists recommend for physically working people to relax passively and, conversely, for people with mentally demanding jobs to relax actively. Rest can thus be physical, emotional, mental, creative, social and spiritual. It is advisable to read, go out, voluntarily engage in various activities or to meditate [2].

The use of COVID-19 protective measures, avoidance strategies, social support, faith-based practices, psychological support, and management support, that nurses use as coping strategies, can reduce stress and burnout during the COVID-19 pandemic [14].

Conclusions

Our findings indicate that the use of effective coping strategies by nurses can reduce stress during the COVID-19 pandemic. The onslaught of work during the pandemic and the pace of work and beyond demotivate nurses and do not bring job satisfaction. This fact is very important for the nurses to remain in the profession and to continue to perceive their work as a mission. A support from the state and competent persons in leading positions is therefore essential and they have to make sure that nurses are kept in the system by appropriate support tools.

References

1. Bartunkova, S. 2010. Mechanisms. 1st ed. Prague: Karl University in Prague, 2010. p. 137. ISBN 978-80-2446-1874-6.
2. Brodsky, S. 2020. There Are 7 Types of Rest, According to a Therapist – It's More Than Physical and Mental. 2020. https://www.popsugar.co.uk/fitness/seven-types-of-rest-therapist-explains-47941595?utm_medium=redirect&utm_campaign=US:SK&utm_source=www.google.com.
3. Durdiak, L. 2010. Psychohygiene – the way to mental health. [online]. [cited 2022-20-02]. p. 3-5. Available online: <https://www.zzz.sk/clanok/9298-psychohygiiena-cesta-k-dusevnemu-zdraviu>.
4. Fernandez, R., Lord, H., Halcomb, E., Moxham, L., Middleton, R., Alananzeh, I., Ellwood, L. 2020. Implications for COVID-19: A systematic review of nurses' experiences of working in acute care hospital settings during a respiratory pandemic. In *International Journal of Nursing Studies*, 111, 103637. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103637>.
5. Chen R, Sun C, Chen JJ, Jen HJ, Kang XL, Kao CC, et al. 2021. A large-scale survey on trauma, burnout, and posttraumatic growth among nurses during the COVID-19 pandemic. *Int J Ment Health Nurs*. (2021) 30:102–16. doi: 10.1111/inm.12796.
6. Illnerova, H. 2013. The doctrine of hours in us [online]. 2013, 16. 11. 2013. Available online: www.ceskatelevize.cz/specialy/hydepark-civilizace/16.11.2013/.
7. Lee, M. 2019. Calming Your Nerves and Your Heart Through Meditation. (2019). Available online: <https://sitn.hms.harvard.edu/flash/2009/issue61/> (accessed May 7, 2021).
8. Maben, J., Bridges, J. 2020. COVID-19: Supporting nurses' psychological and mental health. In *Journal of Clinical Nursing*, 29, 2742–2750. Available online: <https://doi.org/10.1111/jocn.15307>.

9. Mo, Y., Deng, L., Zhang, L., Lang, Q., Liao, C., Wang, N., & Huang, H. 2020. Work stress among Chinese nurses to support Wuhan for fighting against the COVID-19 epidemic. In *Journal of Nursing Management*, 28(5), 1002–1009. <https://doi.org/10.1111/jonm.13014>.
10. Pappa S, Ntella V, Giannakas T, Giannakoulis VG, Papoutsis E, Katsaounou P. 2020. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. In *Brain Behav Immun*. (2020) 88:901–7. doi: 10.1016/j.bbi.2020.05.026.
11. Riedel, B., Horen, S. R., Reynolds, A., Hamidian Jahromi, A. (2021). Mental Health Disorders in Nurses During the COVID-19 Pandemic: Implications and Coping Strategies. *Frontiers in public health*, 9, 707358. Available online: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.707358>.
12. Shahrour, G., Dardas, L. A. 2020. Acute stress disorder, coping self-efficacy and subsequent psychological distress among nurses amid COVID-19. *Journal of Nursing Management*, 28(7), 1686–1695. <https://doi.org/10.1111/jonm.13124>.
13. Sun, N., Shi, S., Jiao, D., Song, R., Wang, H. 2020. Qualitative study of the psychological experiences of caregivers of patients with covid-19. In *American Journal of Infection Control*, 48 (6), 592–598. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2020.03.018>.
14. Sehularo, L. A., Molato, B. J., Mokgaola, I. O., & Gause, G. 2021. Coping strategies used by nurses during the COVID-19 pandemic: A narrative literature review. *Health SA = SA Gesondheid*, 26, 1652. <https://doi.org/10.4102/hsag.v26i0.1652>.
15. Vavrova, P., 2013. Psychohygiene (not only) as a prevention of burnout syndrome in health care management: Relaxation. [online]. [cit. 2022-02-02]. p. 5-6. Available online: <https://www.prolekare.cz/en/journals/occupational-medicine/2013-1-2/psychohygiene-not-only-as-prevention-of-the-burn-out-syndrome-in-medical-management-41198>.
16. Venglarova, M., 2011. Nurses in need: burnout syndrome, mobbing, bossing. 1st ed. Prague: Grada, 2011. p. 192. ISBN 978-80-247-3174-2.
17. Yang, J. W. et al. 2020. Corticosteroid administration for vital pneumonia: COVID-19 and beyond. In *National Library of Medicine*. [online]. [cit. 2022-02-06]. p. 2-3. Available online: <https://www.prolekare.cz/casopisy/pracovni-lekarstvi/2013-1-2/psychohygiene-nejen-jako-prevence-syndromu-vyhoreni-u-zdravotnickeho-managementu-41198>.
18. Zhou, WJ, Turale, S., Stone, TE, Petrini, MA. 2015. The experience of Chinese nurses with the help of two earthquakes: Implications for disaster education and policy development. In *Education of nurses in practice*, 15 (1), 75–81. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2014.06.011>.

Дата надходження рукопису до редакції: 20.05.2022 р.

The purpose: we want to emphasize the importance of care for nurses' mental health and the need for more frequent application of the principles of psychohygiene, which are essential for their mental health, especially in times of pandemic. Our experience in practice points to the development of mental stress in nurses and confirm the absence of effective workload management strategies.

Methods: using a questionnaire of our own design we determined a level of psychohygiene of nurses during the COVID-19 pandemic.

Results and discussion: in this article, we point out how nurses perceive the impact of a pandemic on their work, how they cope with stress and what relaxation techniques they use.

According to nurses, during a pandemic, increased workload and staff shortages are the most common causes of mental exhaustion, which is also associated with overall exhaustion and irritability. A significant number of respondents has experienced a loss of motivation, impaired sleep, headaches, feelings of anxiety and reduced concentration. Psychohygiene is essential in the work of nurses during a pandemic. Among nurses, the most known and used strategies to manage the mental strain are: sleep and rest, nature walks, positive work climate, physical activity and sports. The respondents also mentioned entertainment and relaxation, peer support and meditation as other ways of coping with psychological stress.

Conclusion: the findings show that the use of effective psychohygiene strategies by nurses can reduce stress during the COVID-19 pandemic and prevent burnout.

Key words: COVID-19 pandemic, pandemic risk factors, the work of nurses, mental health of nurses, psychohygiene of nurses.

Мета: ми хочемо підкреслити важливість турботи про психічне здоров'я медичних сестер та необхідність частішого застосування принципів психогієни, які є важливими для їх психічного здоров'я, особливо в період пандемії. Наш досвід практики вказує на розвиток психічного напруження у медичних сестер і підтверджує відсутність ефективних стратегій управління навантаженням.

Методи: використовуючи анкету власного дизайну, ми визначили рівень психогієни медичних сестер під час пандемії COVID-19.

Результати та обговорення: у цій статті ми вказуємо на те, як медсестри сприймають вплив пандемії на свою роботу, як вони справляються зі стресом і які методи релаксації використовують.

За словами медсестер, під час пандемії підвищене навантаження та нестача персоналу є найпоширенішими причинами психічного виснаження, яке також пов'язане із загальним виснаженням та дратівливістю. Значна кількість респондентів відчула втрату мотивації, порушення сну, головні болі, відчуття тривоги та зниження концентрації. Психогігієна має важливе значення в роботі медичних сестер під час пандемії. Серед медичних сестер найбільш відомі та використовувані стратегії боротьби з психічним навантаженням: сон і відпочинок, прогулянки на природі, позитивний робочий клімат, фізична активність і спорт. Як інші способи подолання психологічного стресу респонденти згадали розваги та розслаблення, підтримку оточення та медитацію.

Висновок: результати показують, що використання ефективних психогігієнічних стратегій медсестрами може зменшити стрес під час пандемії COVID-19 та запобігти вигоранню.

Ключові слова: пандемія COVID-19, фактори ризику пандемії, робота медичних сестер, психічне здоров'я медичних сестер, психогігієна медичних сестер.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflicts of interest: absent.

Відомості про авторів

PhDr. **Ivankova Viera** – doctoral student, St. Elizabeth University of health and social work; Bratislava, Slovakia.
vierkai@centrum.sk.

Prof. MUDr. **Belovicova Maria** PhD – St. Elizabeth University of health and social work; Bratislava, Slovakia.
mriab9@gmail.com.

DOI 10.24144/2077-6594.2.1.2022.258919
УДК 614+616-082.8+615.8:378-021.66

Дуб М.М., Брич В.В.

Dub M.M., Brych V.V.

Змістове та методологічне наповнення підготовки магістрів громадського здоров'я з питань медичної та фізичної реабілітації

Content and methodological filling of the training of masters of public health in questions of medical and physical rehabilitation

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

Uzhhorod National University,
Uzhhorod, Ukraine

marjana.dub@uzhnu.edu.ua, valeria.bruch@uzhnu.edu.ua

Вступ

Серед десяти основних оперативних функцій громадського здоров'я визначені профілактика хвороб та забезпечення сфери охорони громадського здоров'я достатньою кількістю кваліфікованих кадрів [1,2]. Відомо, що до третинної профілактики належить реабілітація, яка спрямована на зменшення тяжкості захворювання та його наслідків [3]. Реабілітація, як одна із стратегій охорони здоров'я, є «ключем» для досягнення здоров'я в XXI столітті [4] та невід'ємною частиною загального охоплення послугами охорони здоров'я поряд зі зміцненням здоров'я, профілактикою захворювань, лікуванням та паліативною допомогою [5]. Але реабілітаційну допомогу потрібно розглядати як міжсекторальний системний структурно-функціональний компонент, який як у структурному, так і у функціональному аспекті містить у собі складові різних усталених систем: системи медичної допомоги, системи соціального захисту, системи освіти та педагогіки та інших [5]. Отже, враховуючи значну розповсюдженість хронічних неінфекційних захворювань, які обумовлюють високий рівень захворюваності і неповносправності серед населення, фахівці громадського здоров'я повинні володіти компетентностями щодо реалізації реабілітаційного напрямку при формуванні заходів системи громадського здоров'я як на рівні держави, так і на рівні регіону.

Слід врахувати, що основною ідеєю концепції вищої освіти на сучасному етапі розвитку професійної вищої школи є підготовка кваліфікованого та конкурентоспроможного на ринку праці працівника, здатного до ефективної роботи за фахом відповідно до світових стандартів, готового до постійного професійного зростання [7,8]. Вищі навчальні заклади України відповідно до головних положень Болонської декларації працюють за кредитно-модульною системою навчання, що вносить певні корективи як до навчальних планів та різного роду нормативних документів, так і до організації процесу викладання навчальних дисциплін. Зростання

вимог до якості підготовки фахівців з вищою медичною освітою, ставлять перед наукою завдання інтенсивного залучення студентів до процесу оволодіння системою знань, формування практичних навичок і вмінь. А оскільки перед майбутніми фахівцями громадського здоров'я постає потреба в опануванні питань з організації реабілітації в системі збереження здоров'я населення, заклад вищої освіти (ЗВО) повинен запропонувати освітню програму з можливістю вивчення вказаних питань за ефективною програмою навчання на основі компетентнісного підходу. У ДВНЗ «Ужгородський національний університет» однією з вибіркових дисциплін, що відповідає зазначеному завданню та може забезпечувати фахову підготовку майбутнього фахівця галузі знань 22 Охорона здоров'я спеціальності 229 Громадське здоров'я, є «Фізична і медична реабілітація в системі збереження здоров'я населення».

Мета дослідження: проаналізувати та обґрунтувати змістове і методологічне наповнення підготовки здобувачів другого (магістерського) рівня вищої освіти за спеціальністю 229 «Громадське здоров'я» з питань фізичної та медичної реабілітації.

Матеріали та методи

Матеріалами дослідження стали результати опрацювання та аналізу освітньо-наукової програми підготовки здобувачів другого (магістерського) рівня вищої освіти за спеціальністю 229 «Громадське здоров'я», робочої програми навчальної дисципліни «Фізична і медична реабілітація в системі збереження здоров'я населення» та інших документів ДВНЗ «Ужгородський національний університет». Використані бібліосемантичний метод та метод структурно-логічного аналізу.

Результати дослідження та їх обговорення

Підготовку фахівців громадського здоров'я другого (магістерського) рівня вищої освіти у ДВНЗ «Ужгородський національний університет» визначає ряд

документів: Стандарт вищої освіти за спеціальністю 229 «Громадське здоров'я» (затверджений наказом МОН України від 12.12.2018 р. № 1383), освітньо-наукова програма (ОНП) «Громадське здоров'я», навчальні плани підготовки денної та заочної форм навчання, робочі програми навчальних дисциплін та інші документи вказаного ЗВО. Серед спеціальних (фахових) компетентностей, вказаних у Стандарті та ОНП, є «здатність розробляти варіанти стратегій, політик, визначати окремі інтервенції, спрямовані на збереження та зміцнення здоров'я населення, та оцінювати їх ефективність» та «здатність розробляти проекти надання послуг громадського здоров'я та профілактики (первинної, вторинної та третинної) захворювань, промоції здоров'я, та забезпечувати їх реалізацію». Поряд з основними навчальними дисциплінами для набуття зазначених компетентностей освітня програма «Громадське здоров'я» пропонує вибіркові навчальні дисципліни, серед яких представлена «Фізична і медична реабілітація у системі збереження здоров'я населення» обсягом 4 кредити ЄКТС. Її головною метою визначено огляд ключових документів, що стосуються обмеження життєдіяльності та реабілітації, ознайомлення з структурою та принципами організації і функціонування системи надання реабілітаційної допомоги населенню, які сприятимуть виявленню професійної готовності та спроможності студентів реалізувати знання у професійній діяльності в умовах функціонування сучасної системи охорони здоров'я.

Основним документом навчально-методичного забезпечення, який визначає наповнення навчальної дисципліни «Фізична і медична реабілітація в системі збереження здоров'я населення» є робоча програма. Вимоги до змісту робочої програми встановлені п. 38 Ліцензійних умов провадження освітньої діяльності [8]. Рекомендації до змістового наповнення й структурування робочої програми навчальної дисципліни подано у Додатку 2 до листа Міністерства освіти і науки України від 09.07.2018 № 1/9-434 [9].

Отже, у робочій програмі визначено перелік фахових компетентностей, якими має володіти фахівець громадського здоров'я після засвоєння навчальної дисципліни «Фізична і медична реабілітація в системі збереження здоров'я населення». У межах нашого дослідження визначено найбільш вагомими з них:

- здатність оцінювати, інтерпретувати, порівнювати та прогнозувати основні показники громадського здоров'я, включно з показниками інвалідності, тимчасової та стійкої втрати працездатності;
- здатність визначати пріоритети і проводити оцінку потреб сфери громадського здоров'я у конкретній ситуації, в тому числі за умов необхідності забезпечення реабілітаційних послуг;
- здатність розробляти варіанти стратегій, політик та визначати окремі інтервенції, спрямовані на збереження та зміцнення здоров'я населення, та оцінювати їх ефективність, що передбачає і діяльність у сфері реабілітації;
- здатність аналізувати вплив різних детермінант на здоров'я населення та обґрунтовувати відповідні заходи

з їх попередження, що особливо стосується реабілітаційних заходів як форми третинної профілактики наслідків захворювань;

- здатність створювати команду для діяльності у сфері громадського здоров'я і забезпечувати її ефективну роботу, включаючи сферу реабілітаційних послуг;

- здатність розробляти проекти надання послуг громадського здоров'я та профілактики захворювань, промоції здоров'я, забезпечувати їх реалізацію.

Формування зазначених вище компетентностей у здобувачів вищої освіти за спеціальністю 229 «Громадське здоров'я» мають допомогти вирішувати задачі, що постануть у їх професійній діяльності, а саме: визначати потреби різних груп населення щодо здоров'я; здійснювати моніторинг і оцінку ефективності профілактичних та діагностичних програм в громадському здоров'ї; розробляти та впроваджувати профілактичні та реабілітаційні стратегії та заходи; надавати якісні послуги; встановлювати і підтримувати необхідні контакти з фахівцями в галузі охорони здоров'я з метою збереження, покращення та зміцнення здоров'я населення.

З метою забезпечення набуття вказаних компетентностей визначена структура робочої програми навчальної дисципліни «Фізична і медична реабілітація у системі збереження здоров'я населення», яка передбачає вивчення 8 взаємозв'язаних за змістом тем (табл.).

Пропоновані теми мають за мету ознайомлення здобувачів освіти за спеціальністю «Громадське здоров'я» з системою реабілітації в Україні, шляхами її вдосконалення, керівними органами, стратегіями охорони здоров'я, які спрямовані на збереження та зміцнення здоров'я населення, їх характеристиками, цілями, нормативною документацією, сучасними пакетами та моделями реабілітаційних послуг. Окремою темою представлена модель надання реабілітаційних послуг на основі Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я, в рамках якої розглядається її теоретичне підґрунтя та практичне використання при наданні реабілітаційної допомоги в сфері охорони здоров'я. Розглянуто загальні принципи організації надання реабілітаційної допомоги протягом всіх реабілітаційних періодів (гострого, підгострого та довготривалого) на різних рівнях медичної допомоги (первинному, вторинному, третинному) та у територіальній громаді, принципи мультипрофесійного підходу та співпрацю фахівців охорони здоров'я в роботі мультидисциплінарної команди. Структура змістового наповнення навчальної дисципліни сформована з врахуванням сучасних підходів до організації реабілітаційного напрямку у сфері охорони здоров'я та нормативних документів, які регулюють надання реабілітаційних послуг.

Однак до планування освітнього процесу важливо підходити системно і враховувати модель конструктивного узгодження, яка включає пов'язані між собою складові: результати навчання, освітню діяльність, оцінювання та зворотній зв'язок [9]. І якщо результати навчання чітко визначають Стандарт вищої освіти за спеціальністю 229 «Громадське здоров'я» та ОНП

«Громадське здоров'я», то дві інші складові запропоновані медична реабілітація у системі збереження здоров'я в робочій програмі навчальної дисципліни «Фізична і населення».

Таблиця. Структура навчальної дисципліни «Фізична і медична реабілітація у системі збереження здоров'я населення»

Назви змістових модулів і тем		Кількість годин			
		Форма навчання: денна			
		Усього	у тому числі		
лекції	практичні		самостійна робота		
Модуль 1. Організаційні основи фізичної та медичної реабілітації у системі збереження здоров'я населення					
Тема 1.	Фізична та медична реабілітації у сфері охорони здоров'я	14	2	2	10
Тема 2.	Реабілітація як стратегія охорони здоров'я	14	2	2	10
Тема 3.	Моделі надання реабілітаційних послуг на основі міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я	16	2	4	10
Тема 4.	Хворий, як об'єкт реабілітації	14	2	2	10
Тема 5.	Рівні надання реабілітаційної допомоги	16	2	4	8
Тема 6.	Етапи та періоди надання реабілітаційної допомоги	14	2	2	10
Тема 7.	Особливості організації реабілітаційної допомоги в умовах реформування системи охорони здоров'я	18	2	6	10
Тема 8.	Мультипрофесійний підхід в реабілітації	14	2	2	10
Модульна контрольна робота		2	-	2	-
Разом за модуль		120	16	26	78
Разом за семестр		120	16	26	78

Основними формами освітньої діяльності при вивченні дисципліни «Фізична і медична реабілітація у системі збереження здоров'я населення» є навчальні заняття (лекції, практичні заняття, консультації), самостійна робота студентів, робота в наукових бібліотеках та мережі Інтернет, проведення контрольних заходів. Самостійна робота студентів передбачає розробку проекту реабілітаційного маршруту та складання плану організації реабілітаційної допомоги на рівнях та періодах надання реабілітації. Виконання завдання проводиться студентами в малих групах з наступною презентацією та загальним обговоренням проекту на практичному занятті. З метою активізації навчально-пізнавальної діяльності студентів при вивченні дисципліни «Фізична і медична реабілітація у системі збереження здоров'я населення» використовуються різноманітні методи навчання, а саме: вербальні (словесні), наочні та практичні методи, які включають традиційне подання матеріалу викладачем (лекція, розповідь, пояснення, бесіда, презентація), роботу студентів з літературою (підручником, довідковою, науково-популярною, періодичною науковою і навчальною літературою) та комп'ютерними програмами чи глобальною мережею Інтернет; роботу з роздатковим матеріалом; написання есе, виконання тестових завдань, вирішення ситуаційних задач. Для забезпечення ефективної освітньої діяльності використовуються сучасні

інтерактивні форми навчання відповідно до теми заняття: мозковий штурм, робота в групах, обговорення ситуацій.

Третьою складовою моделі конструктивного узгодження є оцінювання та зворотний зв'язок. Комплексний підхід забезпечує два види оцінювання: сумативне і формативне [9]. Сумативне оцінювання передбачає наявність попередньо визначених критеріїв, з якими студенти мають змогу ознайомитися заздалегідь у робочій програмі навчальної дисципліни. Формативне оцінювання забезпечує зворотний зв'язок з метою визначення поточного рівня оволодіння компетентністю та способи поліпшення результатів у майбутньому. У робочій програмі навчальної дисципліни «Фізична і медична реабілітація у системі збереження здоров'я населення» вказано, що нормативною формою підсумкового контролю успішності є стандартизований підсумковий модульний контроль теоретичних знань та практичної підготовки, який здійснюється по завершенню вивчення всіх тем модуля на останньому контрольному занятті. Поточний контроль за модулем (50% балів) протягом періоду опанування навчальної дисципліни включає усне опитування, відповіді на питання на практичних заняттях, написання есе, виконання тестових завдань. Крім того, перевірка вмінь і практичних навичок проводиться шляхом оцінювання вирішення ситуаційних задач, розробки реабілітаційного маршруту пацієнта,

складання та обговорення планів організації реабілітаційної допомоги на різних рівнях медичної допомоги та у всіх реабілітаційних періодах. Виконання завдань проводиться студентами з наступною презентацією та загальним обговоренням проекту на практичному занятті. В рамках дистанційного навчання для організації освітнього процесу та оцінювання переважно використовуються електронні засоби навчання Google Workspace (Classroom, Gmail, Контакти, Календар, Meet) та MOODLE (e-learn.uzhnu.edu.ua). Процес та форми взаємодії студента і викладача визначаються сиґлабусом дисципліни, оприлюдненим для здобувачів освіти через доступні інформаційно-комунікаційні канали. Отже, в процесі вивчення дисципліни «Фізична і медична реабілітація у системі збереження здоров'я населення» забезпечуються і сумативне, і формативне оцінювання.

Проаналізувавши наведену інформацію, визначено, що у ДВНЗ «Ужгородський національний університет» з метою набуття здобувачами освіти магістерського рівня за спеціальністю 229 «Громадське здоров'я» компетентностей для участі в організації реабілітаційного напрямку роботи у сфері громадського здоров'я пропонується навчальна дисципліна «Фізична і медична

реабілітація у системі збереження здоров'я населення», яка представлена досить широким обсягом відповідних тем та побудована на основі компетентнісного підходу з врахуванням моделі конструктивного узгодження.

Перспективи подальших досліджень полягають у дослідженні ефективності підготовки здобувачів освіти магістерського рівня за спеціальністю 229 «Громадське здоров'я» у питаннях організації реабілітаційного напрямку у сфері громадського здоров'я.

Висновки

Вибіркова навчальна дисципліна «Фізична і медична реабілітація у системі збереження здоров'я населення» обсягом 4 кредити, представлена у ДВНЗ «Ужгородський національний університет», пропонує широке змістове та достатнє методологічне наповнення, що дозволить здобувачам освіти другого (магістерського) рівня за спеціальністю 229 «Громадське здоров'я» оволодіти компетентностями для роботи у сфері реабілітації як складової громадського здоров'я.

Література

1. Слабкий Г. О., Миронюк В. І., Качала Л. О. Система громадського здоров'я: бачення Всесвітньої організації охорони здоров'я. Основні оперативні функції громадського здоров'я та їх зміст. Україна. Здоров'я нації. 2017. № 3. С. 24-31. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uzn_2017_3_8.
2. Розробка та фінансування регіональних і місцевих програм громадського здоров'я: операційний посібник / В. Ляшко, Н. Півень, М. Брага та ін. // Центр громадського здоров'я. URL: https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/Manual_Development%20and%20funding%20of%20regional%20and%20local%20public%20health%20programs_print_210x297%2B3mm.pdf.
3. Kislung L.A., M Das J. Prevention Strategies. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/BK537222/>.
4. Український журнал фізичної та реабілітаційної медицини / Офіційний журнал українського товариства фізичної та реабілітаційної медицини. 2019. № 1-2 (04). 75 с.
5. Rehabilitation. Key facts. WHO global website. URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation>.
6. Миронюк І.С. Реабілітація як структурний компонент системи громадського здоров'я (погляд на питання). Професійні компетентності фахівців фізичної терапії та ерготерапії: інноваційні підходи: матеріали II науково-практичної конференції з міжнародною участю (м. Ужгород 21–22 жовтня 2021 р.). Ужгород: ДВНЗ «УжНУ», 2021. С.62-64.
7. Про вищу освіту: Закон України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1556-18/page#Text>.
8. Про затвердження Ліцензійних умов провадження освітньої діяльності. Постанова Кабінету Міністрів України № 1187 від 30 грудня 2015 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1187-2015-%D0%BF#Text>.
9. Щодо рекомендацій з навчально-методичного забезпечення. Лист МОН України від 09.07.2018 № 1/9-434. URL: <https://mon.gov.ua/ua/npa/list-mon-19-434-vid-09072018-roku-shodo-rekomendacij-z-navchalno-metodichnogo-zabezpechennya>.
10. Компетентнісний підхід у медичній освіті: методичний посібник / колектив авторів. Київ, 2021. 78 с. URL: <https://mededu.org.ua/wp-content/themes/metheme/assets/pdf/lib6.pdf>.

References

1. Slabkyi HO, Myroniuk VI, Kachala LO. Systema hromadskoho zdorovia: bachennia Vsesvitnoi orhanizatsii okhorony zdorovia. Osnovni operatyvni funktsii hromadskoho zdorovia ta yikh zmist [Public health system: a vision of the World Health Organization. The main operational functions of public health and their content]. Ukraine. Nation's Health. 2017;3:24-31. Available from: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uzn_2017_3_8 (in Ukrainian).

2. Rozrobka ta finansuvannia rehionalnykh i mistsevykh prohram hromadskoho zdorovia: operatsiinyi posibnyk [Internet] / V. Liashko, N. Piven, M. Braha ta in. // Tsentri hromadskoho zdorovia. Available from: https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/Manual_Development%20and%20funding%20of%20regional%20and%20local%20public%20health%20programs_print_210x297%2B3mm.pdf (in Ukrainian).
3. Kisling LA, M Das J. Prevention Strategies. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. [cited 2022 Apr 20]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537222/>.
4. Ukrainian Journal of Physical and Rehabilitation Medicine. 2019;1-2 (04). 75 p. (in Ukrainian).
5. Rehabilitation. Key facts [Internet]. WHO global website. [cited 2022 Apr 20]. Available from: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation>.
6. Myroniuk IS. Reabilitatsiia yak strukturnyi komponent systemy hromadskoho zdorovia (pohliad na pytannia). Profesiini kompetentnosti fakhivtsiv fizychnoi terapii ta erhoterapii: innovatsiini pidkholdy: materialy II naukovo-praktychna konferentsiia z mizhnarodnoiu uchastiu (m. Uzhhorod 21–22 zhovtnia 2021 r.). Uzhhorod: DVNZ «UzhNU», 2021:62-64. (in Ukrainian).
7. Pro vyshchu osvitu: Zakon Ukrainy [Internet], [cited 2022 Apr 20]. Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1556-18/page#Text> (in Ukrainian).
8. Pro zatverdzhennia litsenziinykh umov provadzhennia osvitnoi diialnosti. Postanova Kabinetu Ministriv Ukrainy № 1187 vid 30 hrudnia 2015 r. [Internet], [cited 2022 Apr 20]. Available from: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1187-2015-%D0%BF#Text>. (in Ukrainian).
9. Shchodo rekomendatsii z navchalno-metodychnoho zabezpechennia. Lyst MON Ukrainy vid 09.07.2018 № 1/9-434. [Internet], [cited 2022 Apr 20]. Available from: <https://mon.gov.ua/ua/npa/list-mon-19-434-vid-09072018-roku-shodo-rekomendacij-z-navchalno-metodychnogo-zabezpechennia> (in Ukrainian).
10. Kompetentniisnyi pidkhold u medychnii osviti: metodychnyi posibnyk [Internet] / kolektyv avtoriv. Kyiv, 2021. 78 s. [cited 2022 Apr 20]. Available from: <https://mededu.org.ua/wp-content/themes/metheme/assets/pdf/lib6.pdf> (in Ukrainian).

Дата надходження рукопису до редакції: 05.05.2022 р.

Мета дослідження: проаналізувати та обґрунтувати змістове і методологічне наповнення підготовки здобувачів другого (магістерського) рівня вищої освіти за спеціальністю 229 «Громадське здоров'я» з питань фізичної та медичної реабілітації.

Матеріали та методи. Матеріалами дослідження стали результати опрацювання та аналізу освітньо-наукової програми підготовки здобувачів другого (магістерського) рівня вищої освіти за спеціальністю 229 «Громадське здоров'я», робочої програми навчальної дисципліни «Фізична і медична реабілітація в системі збереження здоров'я населення» та інших документів ДВНЗ «Ужгородський національний університет». Використані бібліосемантичний метод та метод структурно-логічного аналізу.

Результати. З метою набуття магістрами громадського здоров'я компетентностей для участі в організації реабілітаційного напрямку у сфері громадського здоров'я пропонується навчальна дисципліна «Фізична і медична реабілітація у системі збереження здоров'я населення» обсягом 4 кредити. Робоча програма дисципліни представлена досить широким обсягом тем та побудована на основі компетентнісного підходу з врахуванням моделі конструктивного узгодження. Змістове наповнення включає огляд ключових документів, що стосуються обмеження життєдіяльності та реабілітації, ознайомлення з структурою та принципами організації і функціонування системи надання реабілітаційної допомоги населенню. Основними формами освітньої діяльності є традиційні навчальні заняття, інтерактивні форми навчання та самостійна робота студентів. Забезпечуються сумативне і формативне оцінювання.

Висновки. Вибіркова навчальна дисципліна «Фізична і медична реабілітація у системі збереження здоров'я населення» обсягом 4 кредити, представлена у ДВНЗ «Ужгородський національний університет», пропонує широке змістове та достатнє методологічне наповнення, що дозволить здобувачам освіти другого (магістерського) рівня за спеціальністю 229 «Громадське здоров'я» оволодіти компетентностями для роботи у сфері реабілітації як складової громадського здоров'я.

Ключові слова: магістри, громадське здоров'я, медична і фізична реабілітація методи навчання.

The aim of the research is to analyse and justify the substantive and methodological content of training of master's degree students (second level of higher education) in the specialty "Public Health" on physical and medical rehabilitation.

Materials and methods. The results of revising and analysis of educational-scientific program for training of master's degree students in specialty "Public Health", work program of the discipline "Physical and medical rehabilitation in the system of maintaining public health" and other documents of Uzhhorod National University constituted materials of the research. Bibliosemantic method and method of structural-logical analysis were used.

Results. In order for masters of public health to acquire competencies to participate in the organization of rehabilitation in the field of public health, the discipline "Physical and medical rehabilitation in the system of maintaining public health" is offered in the amount of 4 credits. The work program of the discipline is presented in a wide range of topics and is elaborated

on a competency-based approach, taking into account the model of constructive coordination. The substantive content includes an overview of key documents related to the restriction of life and rehabilitation, acquaintance with the structure and principles of organization and functioning of the system of rehabilitation aid to the population. The main forms of educational activities are traditional classes, interactive forms of learning and independent work of students. Summative and formative assessment are provided.

Conclusions. The elective course "Physical and medical rehabilitation in the system of maintaining public health" in the amount of 4 credits, presented at Uzhhorod National University, offers a broad substantive and sufficient methodological content that will allow master's degree students in specialty "Public Health" to acquire competencies for work in the field of rehabilitation as a component of public health.

Key words: masters, public health, medical and physical rehabilitation, teaching methods.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflicts of interest: absent.

Відомості про авторів

Дуб Мар'яна Михайлівна – к. н. фіз. вих. спорту, доцент кафедри наук про здоров'я факультету здоров'я та фізичного виховання, ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; вул. Митна, 29, м. Ужгород, Закарпатська обл., 88000, Україна.

marjana.dub@uzhnu.edu.ua.

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

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

Šupolová K., Barkasi D.

The importance of rehabilitation in patients with bilateral transfemoral amputation

St. Elizabeth University of Health and Social Work
Bratislava, Institute of bl. M. D. Trčku, Michalovce, Slovakia

Шуполова К., Баркасі Д.

Значення реабілітації у пацієнтів з двосторонньою трансфеморальною ампутацією

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

supolienka7@gmail.com, daniela.barkasi@gmail.com

Introduction

Amputation is a significant interference with a person's integrity. Not only physically but also mentally. Especially if it is a bilateral amputation at the level of the thighs. If it is a planned procedure as a result of a long-term illness, the patient can prepare for it. However, if it is an urgent matter as a result of trauma, it is all the more challenging for the person.

Amputation is one of the oldest surgical procedures. Already Hippocrates described the principles of amputation: remove diseased tissue, reduce disability, save life. These principles are still valid today [7]. It is defined as the removal of a peripheral part of the body along with soft tissue cover and skeletal discontinuity, resulting in a cosmetic or functional change with the possibility of further prosthetic treatment [2].

Aim: in our study we investigate the effect of complex rehabilitation treatment in patients after bilateral transfemoral amputation. Rehabilitation includes not only exercise, but also prosthetic treatment, social support and the possibility of psychological intervention.

The basic indications for amputation include

Trauma – as a result of a devastating injury, when the reconstruction of individual structures is not possible again. Vascular diseases – in critical limb ischemia, in diabetic angiopathy leading to diabetic gangrene. Tumours – as a radical treatment of malignant tumours or metastases. Infections – in local infections causing intractable sepsis [2]. Congenital developmental defects and disability – if the limb is afunctional and orthotic-prosthetic treatment is not possible, amputation is a last option [7].

The amount of amputation is decided based on local findings and surgical options. The aim is to keep the keel as long as possible to make the prosthesis more controllable and reduce the energy demand of walking.

Complex rehabilitation therapy

Rehabilitation in the care of the amputee patient is multidisciplinary. A doctor, physiotherapist, occupational therapist, prosthetic technician, social worker and psychologist are needed. Our goal is to make the patient aware that life does not end with amputation. He becomes self-sufficient in normal

daily activities, he is not a nuisance to his surroundings. Involvement in group rehabilitation promotes resocialisation. Finally, the patient is able to accept the changed conditions and fully return to his or her original life role.

Ideally, rehabilitation care starts already at the stage of preparation for amputation. We focus on strengthening the muscles of the upper limbs, trunk, or strengthening the second lower limb. Vascular and respiratory gymnastics are also important [3]. Immediately after amputation, it is necessary to start caring for the keel. It needs positioning, bandaging, strengthening, increased hygiene and massage. The care of the keel is long-term and does not end with the handover of the prosthesis. The keel takes several months to form. The resulting shape, sensitivity and position of the keel have an impact on walking with the prosthesis for the rest of your life. The prevention of contractures is positioning. As reported by Brozman [1], hip flexors versus extensors are predominant after amputation in the thigh. Abductors also tend to outnumber adductors. Therefore, prolonged sitting with 90° hip flexion is not advisable, which promotes shortening of the flexors and subsequent contractures. It is recommended to alternate the positions. A supine position with a weight on the keel, such as a sandbag, is suitable. For a better effect, a pad can be placed under the bump of the sit bone. It is also possible to lie on the stomach, in which we place a sandbag on the buttocks. Bandaging with an elastic bandage, hardening of the keel with alternating water temperature and massage of the calyx help to relieve subcutaneous edema, relieve hypersensitivity of the keel. As a result, the patient will better tolerate the pressure of the prosthesis and its load.

Next, we focus on fitness exercises. We will start as soon as health permits. As described by Malý [6] walking an amputee with a prosthesis is challenging. If we label a person walking with both lower limbs with a difficulty index of 100, walking with a thigh prosthesis has a difficulty index of 200 and walking with a thigh prosthesis bilaterally has a difficulty index of 400. Therefore, with active exercise, the focus is on improving mobility and strengthening the muscles of the upper limbs, trunk and pelvic plexus. In passive exercise, we are concerned with preventing hip contractures and improving the range of extension in the hip joints. All this gives us the basis for verticalization and standing training in prostheses. In case

of insufficient muscular strength of the trunk and upper limbs, it is possible to start verticalization – i.e. standing in a prosthesis through a suspension device. When muscle strength improves, the patient can be verticalized with the help of 2 people, later 1 person and then independently. Standing training is carried out at a fixed support, for example at a ladder or in a chinwalk. After successful verticalization, we can practice standing. We focus on even weight distribution, later we can gradually train head turns, trunk bends and standing without support of the upper limbs. Mastery of verticality is necessary for a person to be able to perform basic daily activities in space. After mastering the stable standing, we can move on to practicing the school of walking. For starters, it involves transferring weight from prosthesis to prosthesis. For firm support, start with small steps, alternating the width of the base. Next, through the practice of stepping it is possible to move on to the first steps. Once the patient has mastered walking forward, backward and sideways in the chinwalk, it is possible to exit the chinwalk via French crutches. At first one French crutch is used at a fixed support, later 2 French crutches. Gradually we teach the patient to cope with different bases and architectural obstacles.

Mechanotherapy methods (massage, soft techniques), electrotherapy (e.g. TENS – transcutaneous electrical neurostimulation), light therapy (laser therapy), hydrotherapy (subaquatic massage), thermotherapy are also used in rehabilitation. They are mainly used for their analgesic effect in phantom pain.

The aim of occupational therapy is the highest possible level of self-sufficiency in normal daily activities, the patient's independence in these activities and his/her resocialization [5]. It uses social rehabilitation methods. Various tests are used to assess the level of self-sufficiency, such as the Barthel Index, the ADL activities of daily living test and others. We used the Functional Independence Measure (FIM). This questionnaire focuses on six areas: personal care (eating, grooming, bathing, dressing the upper half of the body, dressing the lower half of the body, hygiene), sphincter continence (continence of urine, stool), transfers (bed, chair, wheelchair, toilet, bathtub, shower), locomotion (walking/walking, stairs). Compared to other questionnaires, it is also expanded to include the areas of communication (ability to understand and express oneself) and social adaptability (social contacts or inclusion, problem solving, memory).

Psychological support is also part of the complex rehabilitation treatment. As a result of the loss of a limb, various mental conditions can arise that affect all areas of life and are sometimes difficult to control [8]. The most difficult condition is when the patient falls into depression, losing interest in the surroundings. Then the intervention of a clinical psychologist or psychiatrist is necessary. Psychological support helps the patient to reduce stress and to look for something positive in the new situation. Sessions can be individual or group. In group therapy, the patient meets other people with a similar fate. In this way, they see how others are able to cope with the change in physical condition, which is also motivating.

Social support is also an indispensable component. The key is to create the right conditions for a return to the home

environment. The family, which forms the social background, must also be included in this phase of rehabilitation. The conditions in which the patient lives are ascertained, and further possibilities for adaptation and fitting with compensatory aids are proposed accordingly. In this way, we increase the patient's self-sufficiency in normal daily activities. As Gúth [3] states, the main task of sociotherapy is to strengthen, restore and maintain the patient's interest in real social life and social relationships.

Results and discussion

Our sample consisted of patients with bilateral transfemoral amputation who were hospitalized at the National Rehabilitation Centre in Kováčová between July 2015 and June 2019. Patients who received comprehensive rehabilitation treatment within 8 weeks were included in the survey. A total of 20 patients were treated during this period. However, we had to exclude 3 from our survey due to shorter hospital stay. These were patients with severe associated comorbidities and uncooperative organic psychosyndrome. Of the 17 patients, 15 were male and 2 were female. This represents 88% male representation. We were also interested in the age composition. The youngest patient was 19 years old, the oldest 75. The average age of the respondents was 59.24. For better evaluation, we divided the patients into two categories. The first group consisted of patients under 40 years of age, which was 17.64%, corresponding to 3 respondents. In the category of above 40 years, there were 14 patients, representing 82.35%.

Regarding the reason for amputation as the most common cause was due to vascular complications and this was up to 52.94% of the cases, specifically in 9 probands. In another 4, accounting for 23.52%, the causes were complications of diabetes mellitus. Another 3 patients (17.65%) had amputation due to traumatic causes. One respondent (5.88%) had amputation performed due to complications of casus socialis. The comparison of age and cause of amputation is interesting. In all patients under 40 years of age, the cause of amputation was trauma. With increasing age, the number of civilisation diseases such as coronary artery disease, diabetes mellitus and others increases. In long-term poorly compensated diseases, complications arise, which can result in amputation. This was confirmed when complications of civilisation diseases accounted for up to 92.8% of the causes of amputations in the over 40 age group. It is striking that despite modern healthcare and well-developed social care, complications due to casus socialis have a place in the causes of bilateral transfemoral amputation.

To objectively assess the impact of rehabilitation treatment, we used the measure of self-sufficiency in activities of daily living. This was evaluated using the Functional Independence Measure (FIM) questionnaire. As we report, this scale assesses the domains of personal care, sphincter continence, transfers, locomotion, communication, and social adaptability. Based on the completed questionnaire, patients are divided into 7 groups ranging from completely non-self-sufficient to fully self-sufficient. The lowest level is No. 1, when the patient is completely unresponsive and full assistance is needed. Level 2 represents the level where the patient is only

managing 25% of total self-sufficiency, significant assistance is required. Levels 3-5 represent partial self-sufficiency, where supervision and moderate assistance is required. At level 6, the patient is already self-sufficient with the use of compensatory aids. The highest level is level 7, when the patient is completely self-sufficient. At the beginning of the rehabilitation stay of our probands, the representation was as follows: the lowest level reached was No. 2, the highest level reached was No. 6. The mean of the functional self-sufficiency measure before receiving rehabilitation treatment was 4.18. Modus, as the most frequently occurring value, was 3. At discharge, the lowest and highest values were the same. However, there has been a change in the modus, which has been changed to a higher level No. 5. The mean of the functional self-sufficiency measure also increased to 4.8. A paired T-test was used to confirm or refute

the findings and the results were confirmed as statistically significant.

Conclusions

Bilateral transfemoral amputation represents a significant life change. It is not only a medical but also a social problem. In our work we confirmed the positive effect of complex active rehabilitation treatment, namely by improving the level of self-sufficiency in normal daily activities. Early and comprehensive rehabilitation gives the patient the opportunity to resume an active life even if their physical status changes. Our ambition is for the patient to return to his or her original role in life and to be able to resume it fully in the new adapted conditions.

References

1. Brozmanová, B. a kol. 1990. Ortopedická protetika. 1. vyd. Martin: Osveta, 1990, 480s. ISBN 80-217-0133-1.
2. Dungal, P. 2005. Ortopedie. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2005, 1280 s. ISBN 80-247-0550-8.
3. Gúth, A. a kol. 2015. Liečebné metodiky v rehabilitácii. 3.vyd. Bratislava: LIEČREH, 2015, 420s. ISBN 978-80-88932-34-5.
4. Kálal, J.: K současným problémům lokomoce amputovaných na dolní končetině. In Rehabilitácia, ISSN 0375-0922, 2005, 42, č.1, s. 41-49.
5. Kolář, P. a kol. 2012. Rehabilitace v klinické praxi. 1.vyd. Praha: Galén. 2012. 713s. ISBN 978-80-7262-657-1.
6. Malý, M., Malá, E.: Rehabilitačná liečba amputovaných I. (pred prvým protézovaním). In Rehabilitácia, ISSN 0375-0922, 1990, 23, č. 2, s. 109-112.
7. Sosna, A., Vavřík, P., Krbec, M., Pokorný, D. a kol. 2001. Základy ortopedie. 1. vyd. Praha: TRITON, 2001. s. 154-168. ISBN 80-7254-202-8.
8. Vyhnálek, M., Kudláčková, B.: Psychologické aspekty kvality života amputovaných. In Kvalita života zdravotně postižených a starších občanů, 1996, s. 62-65.

Дата надходження рукопису до редакції: 27.04.2022 р.

The purpose: bilateral transfemoral amputation poses both a rehabilitation and a societal problem. Although it is not a common diagnosis, its physical and psychological impact is significant. Our goal is not only to improve the patient's locomotion but also to resocialise the patient.

Materials and methods: our file consisted of patients diagnosed with bilateral transfemoral amputation who underwent 8 weeks of comprehensive rehabilitation treatment between July 2015 and June 2019. Data were assessed retrospectively and then statistically processed.

Results: based on our observation, we can evaluate the positive impact of complex rehabilitation treatment. There has been an improvement in the self-sufficiency rate in the FIM score.

Conclusions: in our work we confirmed the positive effect of complex active rehabilitation treatment by improving the level of self-sufficiency in normal daily activities. Timely and comprehensive rehabilitation has a positive impact not only on self-sufficiency, locomotion but also on social reintegration.

Key words: bilateral transfemoral amputation, functional self-sufficiency rate, complex rehabilitation treatment, socialization.

Мета: двостороння трансфеморальна ампутація становить як реабілітаційну, так і соціальну проблему. Хоча це не поширений діагноз, його фізичний і психологічний вплив є значним. Наша мета полягає не тільки в покращенні локомоції пацієнта, але й у ресоціалізації пацієнта.

Матеріали та методи: наше досвід складалося з пацієнтів з діагнозом двостороння трансфеморальна ампутація, які пройшли 8-тижневе комплексне реабілітаційне лікування з липня 2015 року по червень 2019 року. Дані були оцінені ретроспективно, а потім оброблені статистично.

Результати: на основі наших спостережень ми можемо оцінити позитивний вплив комплексного відновного лікування. Відбулося покращення показника самозабезпечення в оцінці FIM.

Висновки: у своїй роботі ми підтвердили позитивний ефект комплексного активного реабілітаційного лікування шляхом підвищення рівня самозабезпеченості у звичайній повсякденній діяльності. Своєчасна і комплексна реабілітація позитивно впливає не тільки на самодостатність, пересування, але й на соціальну реінтеграцію.

Ключові слова: двостороння трансфеморальна ампутація, коефіцієнт функціональної самозабезпеченості, комплексне реабілітаційне лікування, соціалізація.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflicts of interest: absent.

Відомості про авторів

Šupolová Katarína – doctor, PhD, student, St. Elizabeth University of health and social work, Bratislava, Slovakia.
supulienka7@gmail.com.

Barkasi Daniela – Associate Professor, Representative of Head of Department of Social Work, St. Elizabeth University of health and social work Bratislava, Institute of bl. M. D. Trčku, Michalovce, Slovakia.
daniela.barkasi@gmail.com, ORCID ID 0000-0001-8266-5302.

DOI 10.24144/2077-6594.2.1.2022.258922
УДК 615.8:614.2(477.87)

Гузак О.Ю.

Особливості реабілітаційної допомоги пацієнтам на базі багатопрофільного закладу охорони здоров'я третього рівня надання медичної допомоги (на прикладі Закарпатської області)ДВНЗ «Ужгородський національний університет»,
м. Ужгород, Україна

Huzak O.Y.

Peculiarities of rehabilitation care for patients on the basis of a multidisciplinary health care institution of the third level of medical care (on the example of Transcarpathian region)Uzhhorod National University,
Uzhhorod, Ukraine

oleksandra.huzak@uzhnu.edu.ua

Вступ

Існує значна і постійно зростаюча потреба в реабілітації для різних категорій населення в усьому світі. Ситуація є особливо гострою у країнах із низьким і середнім рівнем доходів. Багато людей потребує доступних реабілітаційних послуг для того, щоб залишатись максимально незалежними, брати участь у навчанні, бути економічно продуктивними та виконувати важливі життєві ролі. Масштаби незадоволених потреб в реабілітації сигналізують про нагальну потребу в координації та узгодженості глобальних дій у цій сфері [1].

Згідно Програми медичних гарантій, отримати послуги медичної реабілітації в повному обсязі згідно умов надання таких послуг та їх специфікації, визначеної Національною службою здоров'я України (НЗСУ), можуть діти від трьох років та дорослі при ураженнях опорно-рухового апарату та ураженнях нервової системи. У цих випадках можливе надання реабілітаційної допомоги як в стаціонарних, так і в амбулаторних умовах [2].

Однак пацієнти можуть потребувати реабілітаційних заходів також в інших випадках. Зокрема, в результаті перенесених захворювань дихальної системи, в тому числі після перенесеної коронавірусної хвороби; захворюваннях травної системи, системи кровообігу, тощо [3,4]. Існує також ряд хронічних захворювань, які потребують систематичної реабілітаційної підтримки. Це, наприклад, цукровий діабет, як I так і II типу, особливо з ускладненнями, хронічні хвороби нирок, судинні порушення та після хірургічних втручань [5]. В таких випадках реабілітаційна допомога може надаватись тільки в амбулаторному режимі, і може не потребувати залучення мультидисциплінарної команди в повному складі. Залучаються спеціалісти, які безпосередньо задіяні в реалізації індивідуального реабілітаційного плану згідно встановленого реабілітаційного діагнозу [6].

Однак основне питання полягає не у кількості охоплених реабілітаційними послугами пацієнтів, а в якості надання реабілітаційної допомоги. Кожний пацієнт

повинен мати можливість отримати максимально ранній початок реабілітаційних заходів, який дозволить попередити або знизити ряд ускладнень раннього періоду і сприятиме більш швидкому та повному відновленню порушених функцій. Тобто, ще на етапі стаціонарного лікування в палатах гострої реабілітації в лікарнях різного профілю [7]. Реабілітаційні заходи мають бути тривалими та систематичними, а отже по завершенні стаціонарного лікування гострого стану, одразу бажано реалізувати етап стаціонарної реабілітації. Також заходи повинні бути комплексними, а отже по завершенні стаціонарного етапу слід розпочати амбулаторний етап, виконувати повний комплекс реабілітаційних процедур [8].

Мета дослідження полягає визначенні структури та організаційних особливостей реабілітаційної допомоги пацієнтам на базі регіонального багатопрофільного закладу охорони здоров'я третього рівня надання медичної допомоги населенню.

Матеріали та методи

Для досягнення поставленої мети було застосовано наступні методи дослідження: бібліосемантичний, статистичний, структурно-логічного аналізу та узагальнення. Матеріалами дослідження виступили офіційні звіти та облікові форми медичної документації: ф. 074/о «Журнал реєстрації амбулаторних хворих», ф. 066/о «Статистична карта хворого, який вибув із стаціонару», ф. 044/о «Карта хворого, який лікується у фізіотерапевтичному відділенні (кабінеті)», ф. 042/о «Карта хворого, який лікується в кабінеті лікувальної фізкультури» за березень 2022 року. Дослідження проводилося на базі Кошторного неприбуткового підприємства «Закарпатська обласна клінічна лікарня ім. А.Новака» Закарпатської обласної ради (КНП «ЗОКЛ ім.А.Новака» ЗОР). Це багатопрофільна лікарня, де пацієнти можуть отримати амбулаторну та стаціонарну допомогу багатьох напрямків. Амбулаторний прийом ведуть спеціалісти 39 спеціальностей, стаціонарна

допомога надається у відділеннях 16 профілів. Даним КНП укладено договори із НЗСУ з метою забезпечення надання безоплатних послуг пацієнтам з різними захворюваннями та порушеннями стану здоров'я.

Результати дослідження та їх обговорення

За напрямком надання реабілітаційних послуг населенню КНП «ЗОКЛ ім. А. Новака» ЗОР законтрактований в НЗСУ на пакети медичних послуг: «Медична реабілітація дорослих та дітей від трьох років з ураженням опорно-рухового апарату», «Медична реабілітація дорослих та дітей від трьох років з ураженням нервової системи» та «Профілактика, діагностика, спостереження, лікування та реабілітація пацієнтів у амбулаторних умовах». В рамках цих пакетів щомісячно отримують реабілітаційну допомогу 130-150 пацієнтів.

В структурі КНП «ЗОКЛ ім.А.Новака» ЗОР наявне фізіотерапевтичне відділення і кабінет ЛФК, окремо виділено 4 реабілітаційні ліжка в неврологічному відділенні стаціонару та 2 у травматологічному відділенні.

У березні 2022 року серед загальної кількості пацієнтів, які отримували медичні послуги на базі КНП «ЗОКЛ ім. А. Новака» ЗОР, були пацієнти, що отримували послуги стаціонарного лікування, стаціонарної реабілітації, амбулаторної реабілітації з приводу ряду захворювань та порушень різних органів і систем. Послуги стаціонарного лікування та реабілітації отримали 1179 осіб, послуги амбулаторного лікування та реабілітації – 2293 особи. Діапазон захворювань відображає всі 19 класів хвороб згідно МКХ-10, однак випадків, пов'язаних з реабілітаційними процесами було зареєстровано 879, і охоплюють вони 9 класів хвороб. Зведені дані представлено у таблиці.

Таблиця. Охоплення реабілітаційними послугами пацієнтів із захворюваннями різних органів і систем за МКХ-10 за березень 2022 року

Групи захворювань (кодування згідно МКХ-10)	Отримали лікування всього, осіб	Стаціонарне лікування	Стаціонарна реабілітація	Амбулаторна реабілітація	Процедур
Ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин (E00-E89)	97	94	0	3	74
Хвороби нервової системи (G00-G99)	90	73	12	5	145
G35-G37 Демієлінізуючі хвороби центральної нервової системи	16	15	1	0	0
G40-G47 Епізодичні та пароксизмальні розлади	9	9	0	0	0
G50-G59 Ураження нервів, нервових корінців та сплетінь	39	28	6	5	145
G60-G64 Поліневропатії та інші ураження периферичної нервової системи	4	3	1	0	0
G70-G73 Хвороби нервово-м'язових з'єднань та м'язів	1	1	0	0	0
G80-G83 Церебральний параліч та інші паралітичні синдроми	9	6	3	0	0
G90-G99 Інші ураження нервової системи	12	11	1	0	0
Хвороби ока та придаткового апарата (H00-H59)	17	16	0	1	30
Хвороби системи кровообігу (I00-I99)	47	45	0	2	34
Хвороби органів дихання (J00-J99) та коронавірусна хвороба (U07.1)	247	238	0	9	263
J40-J47 Хвороби органів дихання	94	89	0	5	152
B97.2 Коронавірус як причина хвороб, класифікованих в інших рубриках	153	149	0	4	111
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини (M00-M99)	205	101	3	101	2600
M00-M25 Артропатії	66	49	0	17	383

Групи захворювань (кодування згідно МКХ-10)	Отримали лікування всього, осіб	Стаціонарне лікування	Стаціонарна реабілітація	Амбулаторна реабілітація	Процедур
M30-M36 Системні хвороби сполучної тканини	19	13	0	6	16
M40-M54 Дорсопатії	96	24	3	69	1973
M60-M79 Ураження м'яких тканин	12	6	0	6	153
M80-M94 Остеопатії та хондропатії	12	9	0	3	75
Хвороби сечостатевої системи (N00-N99)	108	107	0	1	30
Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх причин (S00-T98)	57	47	0	10	268
Фактори, що впливають на стан здоров'я населення та звернення до закладів охорони здоров'я (Z00-Z99)	11	5	0	6	153
Всього за вказаними класами хвороб	879	726	15	138	3597

Проаналізувавши дані таблиці щодо реабілітаційної допомоги, яку отримували пацієнти на базі закладу бачимо, що це в основному пацієнти, що мають хвороби кістково-м'язевої системи та сполучної тканини, а також особи із захворюваннями нервової системи. Зокрема, із 153 пацієнтів, що отримали реабілітаційні послуги у березні 2022 року, 104 пацієнти страждали на хвороби кістково-м'язевої системи та сполучної тканини, що склало 67,9%, і 17 пацієнтів мали захворювання нервової системи, що склало 11,1% загальної кількості. Оскільки ці категорії пацієнтів відносяться до тих, яким реабілітаційна допомога може бути надана як у стаціонарних, так і в амбулаторних умовах, слід зазначити, що при захворюваннях кістково-м'язевої системи та сполучної тканини пацієнти отримують реабілітаційні послуги більшою мірою в амбулаторному режимі, а при захворюваннях нервової системи – в стаціонарному режимі. Так, із 104 пацієнтів із хворобами кістково-м'язевої системи та сполучної тканини тільки 3 (2,9%) пройшли стаціонарну реабілітацію, інші 101 – амбулаторну (97,1% пацієнтів даної категорії). Серед 17 пацієнтів із захворюваннями нервової системи – 12 хворих пройшли стаціонарну реабілітацію, що склало 70,6%, загальної кількості цієї групи, а лише 5 хворих – амбулаторну (29,4% пацієнтів даної категорії).

Слід звернути увагу на співвідношення кількості пацієнтів, що отримували стаціонарну медичну допомогу (як стаціонарне лікування, так і стаціонарну реабілітацію) і таких, що проходили реабілітацію в амбулаторних умовах. Із 90 пацієнтів із захворюваннями нервової системи, що лікувались у закладі протягом березня 2022 року, 73 отримували стаціонарне лікування (81,1% загальної кількості), 12 – стаціонарну реабілітацію (13,3%) і 5 – амбулаторну реабілітацію (5,6%). Не відомо чи є серед цих пацієнтів такі, що пройшли 2 чи 3 етапи допомоги (стаціонарне лікування-стаціонарна реабілітація-амбулаторна реабілітація). Тому, можливо, що це були 90 різних пацієнтів, а можливо хтось із 73 пацієнтів, що отримав стаціонарне лікування, пройшов після цього

стаціонарну реабілітацію, а потім амбулаторну реабілітацію. Питання потребує подальшого, більш детального дослідження з відслідковуванням індивідуальних клінічних маршрутів пацієнтів. В процесі стаціонарної реабілітації хворі отримують медикаментозну терапію та певний спектр реабілітаційних послуг відповідно діагнозу, в процесі амбулаторної реабілітації – в основному лише реабілітаційні процедури (масаж, лікувальна гімнастика, фізіотерапевтичні процедури та інше). Якщо проаналізувати середню кількість процедур, яку потенційно міг отримати кожний пацієнт із захворюваннями нервової системи у процесі амбулаторної реабілітації, то цей показник складає в середньому 29 процедур на 1 хворого.

Що стосується пацієнтів із хворобами кістково-м'язевої системи та сполучної тканини, то із 205 пацієнтів, 101 отримав стаціонарне лікування (49,3% загальної кількості), 3 – стаціонарну реабілітацію (1,4%) і 101 – амбулаторну реабілітацію (49,3%). Так само як і в ситуації із пацієнтами із захворюваннями нервової системи, не можемо сказати, чи це були різні пацієнти, чи були серед них такі що отримали декілька етапів допомоги. Відносно кількості процедур при проходженні амбулаторної реабілітації пацієнтами із хворобами кістково-м'язевої системи та сполучної тканини, то цей показник складає в середньому 25,7 процедур на одного хворого.

Згідно даних таблиці щодо реабілітаційної допомоги, яку отримували пацієнти на базі ЗОКЛ ім. А.Новака бачимо, що 32 пацієнти, що склало 20,9% загальної кількості, отримували реабілітаційні послуги з приводу захворювань, не пов'язаних із захворюваннями нервової системи та опорно-рухового апарату. Це пацієнти із хворобами ендокринної системи, системи кровообігу, дихальної системи. Є поодинокі випадки реабілітаційного лікування пацієнтів із хворобами ока та додаткового апарату, сечостатевої системи. Значна частина – 16 пацієнтів, що склало 10,5% загальної кількості – це пацієнти, що звернулися до закладу не із приводу основного захворювань, а з приводу наслідків травм,

захворювань, чи дії інших факторів, що так чи інакше впливають на стан здоров'я. Тут слід зазначити, що діагнози цих пацієнтів можуть стосуватися різних органів систем, тому вони були розглянуті детально. Виявилося, що 10 із цих 16 пацієнтів отримували реабілітаційне лікування з приводу наслідків травм (зокрема, розтягнення та перенапруження чи забій суглоба S90.0, S93.42, тощо). Інші 6 пацієнтів проходили реабілітацію після лікування перелому (Z09.4) та інших уточнених станів після хірургічного втручання (Z98.8), в даному випадку хірургічного лікування переломів. Отже, при детальному аналізі даних бачимо, що загальна кількість пацієнтів, що отримали реабілітаційні послуги з приводу вражень кістково-м'язевої системи складає 120 пацієнтів, з яких – 104 пацієнти з хворобами кістково-м'язевої системи та сполучної тканини та 16 із наслідками травм. Всі пацієнти цієї категорії отримували реабілітаційні послуги в амбулаторному режимі. Отже, кількість пацієнтів, що потребували реабілітаційних у березні 2022 року послуг внаслідок тих чи інших порушень кістково-м'язевої системи та сполучної тканини становить 120 осіб, що складає 78,4% загальної кількості усіх пацієнтів, що отримували реабілітаційні послуги в цей період в закладі. Із 120 пацієнтів, що підлягали реабілітаційному лікуванню, 3 лікувались у стаціонарних умовах (2,5% загальної кількості пацієнтів цієї групи), і 117 – амбулаторно (97,5% пацієнтів цієї групи).

Ще одна відносно значна за своєю чисельністю група пацієнтів – це особи із ураженням органів дихання. Це пацієнти з хронічними хворобами легенів (хронічні бронхіти, хронічні незапальні хвороби дихальної системи) та пацієнти після перенесеної коронавірусної хвороби, які також потребували реабілітаційних процедур. Всього протягом березня 2022 року реабілітаційні послуги отримало 9 пацієнтів цієї групи, що склало 5,9% загальної кількості. Всі вони проходили лікування в амбулаторному режимі.

Перспективи подальших досліджень полягають у визначенні потенційною спроможності закладу надавати

реабілітаційні послуги пацієнтам з більш широким переліком нозологічних одиниць та підвищення ефективності використання наявного кадрового і матеріально-технічного ресурсу реабілітаційних підрозділів.

Висновки

Загалом, реабілітаційні послуги в КНП «ЗОКЛ ім. А.Новака» ЗОР сконцентровані на наданні реабілітаційної допомоги в основному пацієнтам з хворобами і порушеннями двох систем між якими є кардинальні відмінності в переважних режимах надання реабілітаційної допомоги (стаціонарний чи амбулаторний). Так, у березні 2022 року в структурі реабілітаційних послуг стаціонарного та амбулаторного характеру переважну більшість склали послуги пацієнтам з порушеннями кістково-м'язевої системи та сполучної тканини (120 пацієнтів із 153, що склало 78,4% загальної кількості). При цьому у переважній більшості (97,5% загальної кількості пацієнтів цієї групи) вони отримували реабілітаційні послуги в амбулаторному режимі. Друга за чисельністю група пацієнтів, що отримували реабілітаційні послуги стаціонарного та амбулаторного характеру у даному закладі – пацієнти із захворюваннями нервової системи (11,1% загальної кількості). У своїй переважній більшості (70,6% загальної кількості пацієнтів цієї групи) вони отримували реабілітаційні послуги в стаціонарному режимі.

Із загальної кількості пацієнтів, що отримали реабілітаційні послуги на базі КНП «ЗОКЛ ім. А.Новака» ЗОР у березні 2022 року, переважна більшість отримала їх в амбулаторному режимі – 138 пацієнтів із 153, що склало 90,2% загальної кількості пацієнтів.

Отже, можливості надання реабілітаційних послуг в стаціонарному режимі за принципом раннього початку реабілітації в закладі використовуються не в повному об'ємі. Низькою є залучення до реабілітаційної допомоги пацієнтів з іншими групами захворювань чи патологічними змінами інших органів та систем.

Література

1. Право на реабілітацію. Інформаційний бюлетень. Громадська спілка «Всеукраїнське громадське об'єднання «Національна Асамблея людей з інвалідністю України». Листопад 2019; № 2: С.1.
2. Сайт Національної служби здоров'я України [Інтернет]. Вимоги ПМГ 2022. URL: <https://contracting.nszu.gov.ua/vimogi-pmg-2022>.
3. Ільюк І. А., Постовітенко К. П., Баранова І. В., Лещенко С. І., Шевчук С. В., Денищук Л. П., Куриленко І. В., Приходько Н. М. Сучасні аспекти легеневої реабілітації в умовах пандемії COVID-19. Український пульмонологічний журнал. 2021, № 3: С. 66-72.
4. Попович Д. В., Коваль В. Б., Шафранський В. В., Салайда І. М. Реабілітація хворих з серцево-судинною патологією. Вісник наукових досліджень. «017; №1: С. 44-46.
5. Миронюк І.С., Співак А.П. Оцінка потенційної потреби в реабілітаційних послугах пацієнтів після екстрених хірургічних втручань на черевній порожнині в Закарпатській області. Україна. Здоров'я нації. 2020; №3/1 (61): С. 119-124.
6. Spivak A. P. Organizational model of a multidisciplinary approach at the stage of the establishment of a new rehabilitation system in Ukraine / Current issues of health care and physical rehabilitation: collective monograph / G. O. Slabkiy,

V. Yo. Bilak-Lukianchuk, V.V. Brych, D. V. Danko, A.-M. M. Pishkovtsi, A. O. Keretsman, O. V. Zhdanova, I. S. Myronyuk, A. P. Spivak, K. S. Barannik. Lviv-Toruń : Liha-Pres, 2019. P. 150-165.

7. Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я, Закон України № 1053-IX, 3 груд. 2020, Відомості Верховної Ради (ВВР). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text>.

8. Порядок організації надання реабілітаційної допомоги у сфері охорони здоров'я. Постанова Кабінету Міністрів України від 03.11.2021 року №1268. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1268-2021-%D0%BF#Text>.

References

1. Pravo na rehabilitatsiiu. Informatsiinyi biuletен. Hromadska spilka «Vseukrainske hromadske obiednannia «Natsionalna Asambleia liudei z invalidnistiu Ukrainy». Lystopad 2019; № 2: S.1.

2. Sait Natsionalnoi sluzhby zdorovia Ukrainy [Internet]. Vymohy PMH 2022. URL: <https://contracting.nszu.gov.ua/vimogi-pmg-2022>.

3. Iliuk I. A., Postovitenko K. P., Baranova I. V., Leshchenko S. I., Shevchuk S. V., Denyshchych L. P., Kurylenko I. V., Prykhodko N. M. Suchasni aspekty lehenevoi rehabilitatsii v umovakh pandemii COVID-19. Ukrainskyi pulmonolohichnyi zhurnal. 2021, № 3: S. 66-72.

4. Popovych D. V., Koval V. B., Shafranskyi V. V., Salaida I. M. Rehabilitatsiia khvorykh z sertsevo-sudynnoiu patolohiieiu. Visnyk naukovykh doslidzhen. «017; №1: S. 44-46.

5. Myroniuk I.S., Spivak A.P. Otsinka potentsiinoi potreby v rehabilitatsiinykh posluhakh patsientiv pislia ekstreynykh khirurhichnykh vtruchan na cherevnyi porozhnyi v Zakarpatskii oblasti. Ukraina. Zdorovia natsii. 2020; №3/1 (61): S. 119-124.

6. Spivak A. P. Organizational model of a multidisciplinary approach at the stage of the establishment of a new rehabilitation system in Ukraine / Current issues of health care and physical rehabilitation: collective monograph / G. O. Slabkiy, V. Yo. Bilak-Lukianchuk, V.V. Brych, D. V. Danko, A.-M. M. Pishkovtsi, A. O. Keretsman, O. V. Zhdanova, I. S. Myronyuk, A. P. Spivak, K. S. Barannik. Lviv-Toruń : Liha-Pres, 2019. P. 150-165.

7. Pro rehabilitatsiiu u sferi okhorony zdorovia, Zakon Ukrainy № 1053-IX, 3 hrud. 2020, Vidomosti Verkhovnoi Rady (VVR). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text>.

8. Poriadok orhanizatsii nadannia rehabilitatsiinoi dopomohy u sferi okhorony zdorovia. Postanova Kabinetu Ministriv Ukrainy vid 03.11.2021 roku №1268. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1268-2021-%D0%BF#Text>.

Дата надходження рукопису до редакції: 24.05.2022 р.

Мета: визначення структури та організаційних особливостей реабілітаційної допомоги пацієнтам на базі регіонального багатoproфільного закладу охорони здоров'я третього рівня надання медичної допомоги населенню.

Методи. Методи дослідження: бібліосемантичний, статистичний, структурно-логічного аналізу та узагальнення. Матеріалами дослідження виступили офіційні звітні та облікові форми медичної документації закладу охорони здоров'я.

Результати. Реабілітаційні послуги в КНП «ЗОКЛ ім. А.Новака» ЗОР сконцентровані на наданні реабілітаційної допомоги в основному пацієнтам з хворобами і порушеннями двох систем між якими є кардинальні відмінності в переважних режимах надання реабілітаційної допомоги (стаціонарний чи амбулаторний). У березні 2022 року в структурі реабілітаційних послуг стаціонарного та амбулаторного характеру переважно більшість склали послуги пацієнтам з порушеннями кістково-м'язевої системи та сполучної тканини (78,4% загальної кількості) та пацієнти із захворюваннями нервової системи (11,1% загальної кількості). При цьому пацієнти з порушеннями кістково-м'язевої системи та сполучної тканини у переважній більшості (97,5%) отримували реабілітаційні послуги в амбулаторному режимі, а пацієнти з хворобами нервової системи навпаки – 70,6% отримували реабілітаційні послуги в стаціонарному режимі.

Висновки. Можливості надання реабілітаційних послуг в стаціонарному режимі за принципом раннього початку реабілітації в закладі використовуються не в повному режимі. Низькою є залучення до реабілітаційної допомоги пацієнтів з іншими групами захворювань чи патологічними змінами інших органів та систем.

Ключові слова: структура реабілітаційних послуг, багатoproфільна заклад охорони здоров'я, Закарпатська область.

Objective: to determine the structure and organizational features of rehabilitation care for patients on the basis of the regional multidisciplinary health care institution of the third level of medical care.

Methods. Research methods: bibliosemantic, statistical, structural-logical analysis and generalization. The materials of the research were the official reporting and accounting forms of medical documentation of the health care institution.

Results. Rehabilitation services at the Transcarpathian Regional Clinical Hospital Named After Andriy Novak are focused on providing rehabilitation care mainly to patients with diseases and disorders of the two systems, between which there are fundamental differences in the preferred modes of rehabilitation care (inpatient or outpatient). In March 2022, in the structure

of inpatient and outpatient rehabilitation services, the vast majority were services to patients with disorders of the musculoskeletal system and connective tissue (78.4% of the total) and patients with diseases of the nervous system (11.1% of the total). The vast majority (97.5%) of patients with musculoskeletal and connective tissue disorders received outpatient rehabilitation services, while 70.6% of patients with nervous system diseases received inpatient rehabilitation services.

Conclusions. Opportunities for the provision of inpatient rehabilitation services on the principle of early rehabilitation in the institution are not fully used. The involvement of patients with other groups of diseases or pathological changes in other organs and systems in rehabilitation care is low.

Key words: structure of rehabilitation services, multidisciplinary health care institution, Transcarpathian region.

Відомості про автора

Гузак Олександра Юріївна – кандидат наук з фізичного виховання та спорту, ДВНЗ «Ужгородський національний університет», доцент кафедри фізичної реабілітації.
oleksandra.huzak@uzhnu.edu.ua.

DOI 10.24144/2077-6594.2.1.2022.258923
УДК 811.161.2

Філак І.Я.

**Розвиток мовленнєвих
компетентностей студентів
спеціальності «Фізична терапія.
Ерготерапія»**ДВНЗ «Ужгородський національний університет»,
м. Ужгород, Україна

Filak I.J.

**Development of speech competencies
of students majoring in “Physical
Therapy. Occupational Therapy”**Uzhhorod National University,
Uzhhorod, Ukraine

iryna.filak@uzhnu.edu.ua

Вступ

Володіння державною мовою, безперечно, є ключовою потребою кожного фахівця, який працює в Україні. Це стосується також підготовки студентів, що опановують фах фізичного терапевта, ерготерапевта. Формування мовленнєвих компетентностей майбутнього спеціаліста, зокрема медичної метамови, покликаний курс «Ділова українська мова», який викладається на першому році бакалаврської підготовки. Фахівці з фізичної терапії, ерготерапії навчаються на факультеті здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ «Ужгородський національний університет» за програмами, що містять ряд загальних компетентностей, з яких дуже важливим є пункт ЗК 06. Здатність спілкуватися державною мовою як усно, так і письмово [8]. У результаті навчання фахівець має «спілкуватися усно та письмово українською та іноземною мовами у професійному середовищі, володіти фаховою термінологією та професійним дискурсом, дотримуватися етики ділового спілкування; складати документи, у тому числі іноземною мовою (мовами)» [8]. Важливе уміння для фізичного терапевта, ерготерапевта – «ПРН 15. Вербально і невербально спілкуватися з особами та групами співрозмовників, різними за віком, рівнем освіти, соціальною і професійною приналежністю, психологічними та когнітивними якостями тощо, у мультидисциплінарній команді [8]. Зважаючи на ту обставину, що сучасні студенти багато спілкуються в соціальних мережах з обмеженим лексичним запасом, мають невисокі навички до міжособистісного словесного контакту, курс ділової української мови вимагає дбайливої підготовки викладача, різноманіття прийомів і засобів навчання, моделювання мовленнєвих ситуацій, роботи над формуванням термінологічної бази кожного студента.

Мета дослідження: узагальнити досвід викладання ділової української мови студентам спеціальності «фізична терапія, ерготерапія» та оцінити ефективність роботи з розвитку мовленнєвих компетентностей майбутніх фахівців.

Матеріали та методи

Для досягнення поставленої мети ми використали метод педагогічного спостереження, метод педагогічного експерименту, метод порівняльного аналізу. Проводилося анонімне опитування з використанням тестової анкети стосовно побажань студентів щодо вивчення окремих тем. Підсумки поведеної роботи теоретично узагальнювалися та були обговорені на засіданні кафедри української мови ДВНЗ «Ужгородський національний університет». Цільова група дослідження – студенти факультету здоров'я та фізичного виховання спеціальності «Фізична терапія, ерготерапія».

Результати дослідження та їх обговорення

Мовленнєві навички, необхідні фізичному терапевту, ерготерапевту, перебувають у колі медичної метамови. Для професійного спілкування медиків необхідне оволодіння такими її різновидами, як медична наукова мова (для усного і писемного спілкування з колегами), медична розмовна мова (для спілкування з пацієнтами, їх родичами тощо), мова медичної документації, мова ЗМІ (медичної реклами).

Уже на першому занятті з ділової української мови студенти усвідомлюють, що головний кодифікований різновид професійної мови медичних працівників, який слугує для наукового спілкування у галузі медицини (медичної науки) – це медична наукова мова. Основу цієї мови становить медична термінологія, загальнонаукові терміни, інші мовні засоби, які вживаються переважно для оформлення наукового тексту. Застосовується такий різновид спілкування у професійній писемній та усній комунікації. Жанрами є дисертація, монографія, підручник, медичний словник, наукова стаття на медичну тему, патент, інструкція щодо медичного застосування препарату, наукова доповідь на медичну тему, лекція на медичну тему, наукова дискусія на медичну тему, участь медіапрограми тощо. Необхідний лексичний запас у студентів формується під час вивчення лексичних норм

українській мові, особливостей стилістичної диференціації лексики. Завдання формуються у вигляді читання і переказування спеціальних текстів, відповідей на питання, симуляції стандартних комунікативних ситуацій, роботи з деформованим текстом. Програмою дисципліни також передбачене складання та редагування наукових текстів, тож студенти наприкінці курсу пишуть наукову статтю за визначеною темою, що стосується обраної спеціальності. Статтю проголошують на занятті, викладач перевіряє лексичну відповідність, дотримання форми і вимог, які ставляться до наукових статей, а також орфографічну та пунктуаційну грамотність. Завдання виявляється досить складним з огляду на відсутність навичок самостійного написання власного тексту обсягом понад 100 слів. Зразки таких вправ, анотацій, рефератів, орієнтовний список літератури пропонуємо за виданням: Золотухін Г.О., Литвиненко Н.П., Місник Н.В. Фахова мова медика: Підручник. К.: Здоров'я, 2001. 392 с. [5].

Курс ділової української мови включає різні типи роботи зі студентами: лекції, практичні заняття, самостійна робота. Обмеженість лекцій – 6 годин – дає змогу зупинитися тільки на найважливіших проблемах теоретичного характеру, зокрема зі законодавчого обґрунтування викладання предмета, історії питання, основних методологічних положень. Практичні заняття забезпечують засвоєння необхідного основного й додаткового матеріалу з лінгвістичної теми, що вивчається; підготовку усних і письмових відповідей на запитання, які стосуються теоретичного фахового матеріалу; вправи аналітичного й конструктивного характеру з використанням різного типу словників, у тому числі термінологічних; складання різних видів ділових паперів (за зразками); стилістичний аналіз тексту (науково-публіцистичного, офіційного-ділового); створення монологів, діалогів, полілогів на фахову тематику; виправлення та класифікації помилок у письмових роботах студентів; написання анотацій на основі опрацьованої літератури; виступи з повідомленнями; обговорення та коментарі до виступів. Завданням практичних занять є також проведення контролю знань, умінь та компетенцій (усне опитування, письмове тестування); виконання творчих завдань, їх перевірка та оцінювання; проведення рольових і сюжетних ігор, тренінгів, конференцій, дискусій тощо. Самостійна робота з ділової української мови покликана надати майбутнім фізичним терапевтам, ерготерапевтам уміння систематично поповнювати свої знання, працювати з лексикографічними працями, зокрема з термінологічними фаховими словниками, навчальними посібниками та іншою додатковою літературою, швидко і творчо орієнтуватися в новій інформації. Методичне забезпечення самостійної роботи передбачає засоби самоконтролю (правописні практикуми, практикуми з культури мови, тести, пакети контрольних завдань), а також поточні консультації, які забезпечують виконання студентами додаткових завдань зі складних тем.

Особливу увагу на заняттях приділяємо роботі зі словниками. Систематична робота студента з різного типу лексикографічними працями сприяє збагаченню

лексичного та фразеологічного запасу, удосконаленню мовної грамотності, підвищенню культури та збільшенню можливості засвоєння нових понять. Уміння працювати з термінологічними словниками дає змогу поповнити знання студентів лексичними одиницями обраного фаху. Ще одним видом аналітичних вправ за лексичним мовним рівнем є робота з підручниками й посібниками. Пропонуємо таке завдання: із підручника з фаху доберіть і запишіть текст (5–6 речень). Зробіть стилістичний та лексичний аналіз тексту. Із тексту виписіть п'ять вузькоспеціальних термінів і охарактеризуйте їх за зразком: 1) дефініція (що означає термін); 2) походження (власний, запозичений); 3) спосіб творення (для власномовних термінів); 4) частота вживання; 5) увести у власне речення. Труднощі у подібних вправах виникають внаслідок лексичних явищ, на яких акцентує увагу викладач (синонімії, паронімії, полісемії); звертаємо увагу на переваги власних термінів над запозиченими.

У спілкуванні фахівців з пацієнтами, родичами пацієнтів, неформальних інтеракціях можливі девіантні ситуації, які виникають під час донесення або сприймання інформації і часто є наслідком вікових, статевих, соціальних та інших розбіжностей. Учасники інтеракції – комуніканти і реципієнти – можуть мати різні темпераменти, характери, переконання, освіту. Для того, щоб нівелювати ці розбіжності, необхідно знати мовленнєвий етикет (сукупність стандартних словесних формул, уживаних у стандартних ситуаціях), реалізований через мовну етикетну поведінку. Комуніканти і реципієнти не повинні припускати типових помилок у комунікативній ситуації: неадекватна оцінка співрозмовника, вплив стереотипу тощо. Усе це спростить і поліпшить процес спілкування фахівців у певній галузі і в будь-якій мовній ситуації. Типові комунікативні девіації студенти опрацьовують за монографією С.Богдан «Мовний етикет українців: традиції і сучасність» [1]. Маючи необхідні якості, володіючи мовним етикетом, майбутні фізичні терапевти оволодівають особливостями підготовки й ведення співбесіди з колегами, пацієнтами, дискусії, публічного виступу, ділової телефонної розмови тощо, тим самим здатні виробити індивідуальний стиль мови професійного спілкування. Для фахівця медичного профілю дуже важливо розглянути технології сперечання, доведення власної думки, переконувannya тощо. У процесі виконання комунікативних завдань відбувається реалізація комплексу педагогічних цілей: опрацьовується граматичний матеріал, коригується й збагачується мовлення студентів, активізуються та відшліфовуються комунікативні вміння опановувати ситуацію спілкування; планувати своє мовлення, тобто окреслювати зміст висловлювання; добирати адекватні мовні засоби для відтворення змісту; забезпечувати зворотний зв'язок [4].

Сьогодні вимогою часу є використання інноваційних технологій навчання. Методи активного навчання, інтерактивні методи значно поліпшують запам'ятовування матеріалу, сприяють його ідентифікації і цілеспрямованій практичній реалізації. Саме тому на заняттях з ділової української мови все частіше рекомендують використовувати саме інтерактивні методи

навчання, які сучасні фахівці трактують по-різному. На заняттях з ділової української мови для студентів факультету здоров'я та фізичного виховання було апробовано такий інтерактивний метод навчання, як візуалізація тем, що передбачає використання під час заняття різних видів наочності (зразків документів, мультимедійних презентацій, відеороликів тощо). Виявилося, що використання мультимедійних презентацій у програмі Microsoft Power Point є одним із найефективніших методів під час вивчення складних питань, оскільки задіює одразу кілька каналів сприйняття, а це впливає на ефективність запам'ятовування матеріалу будь-якого рівня складності. Ефективним виявилось використання на заняттях мобільних телефонів, бо, як відомо, сьогодні мобільник є невід'ємним атрибутом життя людини, особливо молоді. Ми запропонували переглядати мультимедійні презентації та відеоролики на занятті саме за допомогою мобільних телефонів. Це дало змогу розв'язати відразу дві проблеми, які дуже часто виникають на практичних заняттях: по-перше, студентам дозволяється використовувати свій телефон на занятті (дуже часто у них виникає потреба ввімкнути мобільний телефон без будь-якої мети), а по-друге, забезпечується наочне засвоєння теоретичного матеріалу швидким та зручним способом навіть за умов відсутності мультимедійного обладнання. Слід мати на увазі, що такий спосіб подання матеріалу відбувається під безпосереднім контролем викладача.

Ще одним цікавим для студентів методом є рольова гра. Це створена ситуація, що імітує життєву, у якій людина може зробити інтерактивні помилки, не нашкодивши собі в реальному житті й тим самим здобувши неоціненний досвід [6]. Завдання викладача тут полягає в тому, щоб координувати дії учасників, виправляти мовнокомунікативні й поведінкові помилки, стимулювати студентів до висловлення власних думок та подальшого обговорення ситуації з метою оцінювання якості гри. Важливо оцінити комунікативної компетенції, які виявили учасники. Зі студентами факультету було розглянуто ситуацію «Співбесіда претендента на посаду з роботодавцем». Актуальність цієї теми не викликає сумнівів, адже після закінчення університету всі

випускники проходять співбесіду, від результату якої залежатиме їхнє професійне майбутнє. Під час проведення співбесіди інтерв'юєру та претенденту на вакантну посаду було рекомендовано дотримуватися соціально-психологічних та мовнокомунікативних вимог. Інтерв'юєру необхідно мати заздалегідь підготовлений план бесіди, дати можливість кандидату висловитися. Претенденту на вакантну посаду треба продемонструвати спокій і впевненість; довести, що кращої кандидатури, ніж Ви, для цієї вакансії просто не знайти; розповідати про себе із задоволенням; відповідати навіть на непрості запитання; сформулювати про себе приємне враження за допомогою свого зовнішнього вигляду, гарних манер та високої культури мовлення; у відповідях уникати слів – паразитів; подякувати інтерв'юєру за приділений час тощо. Корисно знати заздалегідь відповіді на складні питання про розмір заробітної плати, можливість додаткового навантаження, хобі тощо. Під час проведення такої рольової гри на занятті викладач постійно стежить за дотриманням мовних, комунікативних та етичних норм поведінки, що є запорукою створення продуктивного діалогу й досягнення мети спілкування як у психологічному, так і в професійному плані.

Перспективи подальших досліджень вбачаємо у вивченні ефективності занять з ділової української мови з застосуванням інноваційних комунікативних методик навчання.

Висновки

У процесі викладання курсу ділової української мови студентам спеціальності «фізична терапія, ерготерапія» ефективними виявилися як традиційні, так і інноваційні методи. Проведені поточні та підсумкові контрольні заміри знань та комунікативних навичок показали, що більшість студентів володіють державною мовою на достатньому для професійного спілкування рівні, готові до проведення професійної бесіди, ведення документації, презентації фаху у ЗМІ.

Література

1. Богдан С.К. Мовний етикет українців: традиції і сучасність. К.: Рідна мова, 1998. 475 с.
2. Борисенко В.В. Сучасні освітні технології навчання української мови у вищій школі. Наукові записки НДУ ім. М. Гоголя. Психолого-педагогічні науки. 2013. №3. С. 8–91.
3. Вахрушева Т.Ю. Теоретичні аспекти активних методів навчання. Національний фармацевтичний університет. 2008. №3. С. 46–49. URL: <https://www.sportpedagogy.org.ua/html/journal/2008-03/08vtyaml.pdf> (дата звернення: 09.01.2020).
4. Гриджук О.Є. Використання інтерактивних методів навчання у викладанні дисципліни «Українська мова (за професійним спрямуванням)». Вивчаємо українську мову та літературу. 2003. №19–21. С. 13–17.
5. Золотухін Г.О., Литвиненко Н.П., Місник Н.В. Фахова мова медика: Підручник. – К.: Здоров'я, 2001. – 392 с.
6. Козинець І.І. Застосування активних форм і методів навчання під час вивчення української мови за професійним спрямуванням. URL: https://www.narodnaosvita.kiev.ua/?page_id=2676 (дата звернення: 07.01.2020).
7. Кочан І.М., Захлопана Н.М. Словник-довідник з методики викладання української мови. Львів : Видавничий центр ЛНУ ім. Івана Франка, 2005. 306 с.

8. Освітньо-професійна програма «Фізична терапія, ерготерапія» першого (бакалаврського) рівня вищої освіти за спеціальністю 227 Фізична терапія, ерготерапія галузі знань 22 охорона здоров'я. Шлях доступу: <http://www.uzhnu.edu.ua/uk/infocentre/15068>.

9. Січкарук О.І. Інтерактивні методи навчання у вищій школі. Київ, 2006. 86 с.

10. Сурмін Ю.П. Метод аналізу ситуацій (case study) та його навчальні можливості. Глобалізація й Болонський процес: проблеми і технології : монографія. Київ : МАУП, 2005. С. 173–199.

References

1. Boghdan S.K. Movnyj etyket ukrajinciv: tradyciji i suchasnistj. K.: Ridna mova, 1998. 475 s.
2. Borysenko V.V. Suchasni osvritni tekhnologhiji navchannja ukrajinsjkoji movy u vyshhij shkoli. Naukovi zapysky NDU im. M. Ghogholja. Psykholohgo-pedagoghichni nauky. 2013. #3. S. 8–91.
3. Vakhrusheva T.Ju. Teoretichni aspekty aktyvnykh metodiv navchannja. Nacionalnyj farmacevtychnyj universytet. 2008. #3. S. 46–49. URL: <https://www.sportpedagogy.org.ua/html/journal/2008-03/08vtyaml.pdf> (data zvernennja: 09.01.2020).
4. Ghrydzjuk O.Je. Vykorystannja interaktyvnykh metodiv navchannja u vykladanni dyscypliny «Ukrajinsjka mova (za profesijnym sprjamuvannjam)». Vyvchajemo ukrajinsjku movu ta literaturu. 2003. #19–21. S. 13–17.
5. Zolotukhin Gh.O., Lytvynenko N.P., Misnyk N.V. Fakhova mova medyka: Pidruchnyk.- K.: Zdorov'ja, 2001. – 392 s.
6. Kozynecj I.I. Zastosuvannja aktyvnykh form i metodiv navchannja pid chas vyvchennja ukrajinsjkoji movy za profesijnym sprjamuvannjam. URL: https://www.narodnaosvita.kiev.ua/?page_id=2676 (data zvernennja: 07.01.2020).
7. Kochan I.M., Zakhlyupana N.M. Slovnyk-dovidnyk z metodyky vykladannja ukrajinsjkoji movy. Ljviv : Vydavnychyj centr LNU im. Ivana Franka, 2005. 306 s.
8. Osvitno-profesijna prohrama «Fizyczna terapija, erghoterapija» pershogho (bakalavrsjkojgo) rivnja vyshhoji osvity za specialnistju 227 Fizyczna terapija, erghoterapija ghaluzi znanj 22 okhrona zdorov'ja. Shljakh dostupu: <http://www.uzhnu.edu.ua/uk/infocentre/15068>.
9. Sichkaruk O.I. Interaktyvni metody navchannja u vyshhij shkoli. Kyjiv, 2006. 86 s.
10. Surmin Ju.P. Metod analizu sytuacij (case study) ta jogho navchalni mozhlyvosti. Ghlobalizacija j Bolonsjkyj proces: problemy i tekhnologhiji : monoghrafija. Kyjiv : MAUP, 2005. S. 173–199.

Дата надходження рукопису до редакції: 19.05.2022 р.

Мета дослідження: узагальнити досвід викладання ділової української мови студентам спеціальності «фізична терапія, ерготерапія» та оцінити ефективність роботи з розвитку мовленнєвих компетентностей майбутніх фахівців.

Матеріали та методи. Для досягнення поставленої мети ми використали метод педагогічного спостереження, метод педагогічного експерименту, метод порівняльного аналізу. Проводилося анонімне опитування з використанням тестової анкети. Цільова група дослідження – студенти факультету здоров'я та фізичного виховання спеціальності «Фізична терапія, ерготерапія».

Результати. Мовленнєві навички, необхідні фізичному терапевту, ерготерапевту, перебувають у колі медичної метамови. Для професійного спілкування медиків необхідне оволодіння такими її різновидами, як медична наукова мова (для усного і писемного спілкування з колегами), медична розмовна мова (для спілкування з пацієнтами, їх родичами тощо), мова медичної документації, мова ЗМІ (медичної реклами). Курс ділової української мови включає різні типи роботи зі студентами: лекції, практичні заняття, самостійна робота.

Сьогодні вимогою часу є використання інноваційних технологій навчання. Саме тому на заняттях з ділової української мови все частіше використовували саме інтерактивні методи навчання, які сучасні фахівці трактують по-різному. На заняттях з ділової української мови для студентів факультету здоров'я та фізичного виховання було апробовано такий інтерактивний метод візуалізації тем, що передбачає використання під час заняття різних видів наочності (зразків документів, мультимедійних презентацій, відеороликів тощо). Ще одним цікавим для студентів методом є рольова гра. Це створена ситуація, що імітує життєву, у якій людина може зробити інтерактивні помилки, не нашкодивши собі в реальному житті й тим самим здобувши неоціненний досвід.

Висновки. У процесі викладання курсу ділової української мови студентам спеціальності «фізична терапія, ерготерапія» ефективними виявилися як традиційні, так і інноваційні методи. Проведені поточні та підсумкові контрольні заміри знань та комунікаційних навичок показали, що більшість студентів володіють державною мовою на достатньому для професійного спілкування рівні, готові до проведення професійної бесіди, ведення документації, презентації фаху у ЗМІ.

Ключові слова: мовленнєві компетентності, інноваційні методи навчання, мовні комунікації.

The aim of the study: to summarize the experience of teaching business Ukrainian language of students of the specialty "Physical therapy, ergotherapy" and evaluate the effectiveness of work on the development of speech competencies of future professionals.

Materials and methods. To achieve this goal, we used the method of pedagogical observation, the method of pedagogical experiment, the method of comparative analysis. An anonymous survey using a test questionnaire on students' wishes to study certain topics was conducted. The target group of the research were students of the Faculty of Health and Physical Education majoring in "Physical therapy, ergotherapy".

Results. Speech skills needed by a physical therapist, ergotherapist, are in the circle of medical metalanguage. For professional communication of physicians it is necessary to master such varieties as medical scientific language (for oral and written communication with colleagues), medical spoken language (for communication with patients, their relatives, etc.), language of medical documentation, language of media (medical advertising). The course of business Ukrainian includes different types of work with students: lectures, practical classes, independent work.

Today the requirement of time is the use of innovative learning technologies. Active learning methods, interactive methods significantly improve the memorization of material, contribute to its identification and purposeful practical implementation. That is why in Ukrainian business classes it is increasingly recommended to use interactive teaching methods, which modern experts interpret differently. In the business Ukrainian language classes for students of the Faculty of Health and Physical Education, an interactive method of teaching was tested, such as visualization of topics, which involves the use of different types of visuals (sample documents, multimedia presentations, videos, etc.). Another interesting method for students is a role game. This is a created situation that mimics life, in which a person can make interactive mistakes without harming himself in real life and thus gaining invaluable experience.

Conclusions. In the process of teaching the course of business Ukrainian language to students majoring in "physical therapy, ergotherapy" were effective as traditional and innovative methods. Current and final tests of knowledge and communication skills showed that most students speak the state language at a sufficient level for professional communication, ready for a professional interview, documentation, presentation of the profession in the media.

Key words: speech competences, innovative teaching methods, language communications.

Відомості про автора

Філак Ірина Ярославівна – кандидат філологічних наук, доцент кафедри української мови ДВНЗ «Ужгородський національний університет»; пл. Народна, 3, м. Ужгород, Україна, 88000.
iryna.filak@uzhnu.edu.ua.

Тонкопей Ю.Л., Скиба О.О.

Морфологічні фенотипові зміни стану опорно-рухового апарату у дітей 4-6 років із різними ступенями гіпермобільності суглобів

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

Tonkopei Yu., Skyba O.

The morphological phenotypic changes in the state of the musculoskeletal system in children 4-6 years with varying degrees of hypermobility of the joints

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

ulcer130685@gmail.com

Вступ

Одним із важливих завдань сучасності є вивчення стану здоров'я дитячого населення з метою завчасної профілактики та лікування функціональних змін з боку різних систем організму. Результати наукових досліджень, свідчать про зростання хронічної патології та наявність негативних тенденцій у морфофункціональному розвитку підростаючого покоління [1–3].

Останнім часом активно досліджується питання проявів недиференційованої дисплазії сполучної тканини, що обумовлена неповноцінністю синтезу колагену та аномаліями сполучнотканинних структур тканин організму. Відомо, що труднощі вивчення патогенезу недиференційованої дисплазії сполучної тканини зумовлені складним механізмом розладів на тканинному, органному та організменному рівнях у вигляді полісистемної патології [4].

Важливу роль у визначенні закономірностей етіології диспластичних змін, є дослідження її набутих форм, що виникають під час впливу несприятливих чинників в період внутрішньоутробного розвитку і за певної генетичної схильності призводить до порушення фізіологічного ембріогенезу [5].

Оскільки тератогенний гермінаційний період для органів та систем припадає на 7–12 тиждень внутрішньоутробного розвитку, то саме цей період є вирішальним у формуванні диспластичної поліорганної патології у плода [6]. Серед основних причин виділено захворювання та шкідливі звички матері, наявність несприятливих умов праці та вживання медикаментозних препаратів у першому триместрі вагітності [7].

У межах НДСТ розрізняють MASS-фенотип (mitral valve, aorta, skeleton, skin фенотип), оскільки набір фенотипових ознак подібний до диференційованої синдромальної патології [8]. MASS-фенотип характеризується наявністю відповідних ознак з боку різних систем організму, особливо кістково-м'язових аномалій розвитку, а саме: гіпермобільність суглобів,

астенічний тип тілобудови, доліхостеномелія, патологічні функціональні зміни опорно-рухового апарату [9].

У клінічній практиці скринінгові огляди дітей сконцентровані навколо ранньої діагностики вже наявних патологій, тоді як передпатологічні ознаки диспластичного ураження провідних систем організму у більшості випадків залишаються недиагностованими, до таких з боку опорно-рухового апарату можна включити: гіпермобільність суглобів початкові зміни постави у різних площинах, зміна форми та склепіння ступней, ранні прояви доліхостеномілії та ортодонтичні стани дітей [10].

У нормі, компенсація стану сполучної тканини має інтенсивний перебіг у віці двох-трьох років, коли відбувається поступове зменшення проявів фізіологічної еластичності на фоні стабілізації структури колагену, які призводять до підвищення жорсткості тканин [11]. Тому має значення ранній початок комплексних систематичних скринінгів стану здоров'я популяції дітей, що дозволяє підвищити ефективність профілактичних заходів з метою попередження розвитку хронічних захворювань у тому числі з боку опорно-рухового апарату.

Метою статті було вивчити і проаналізувати морфологічні фенотипові зміни стану опорно-рухового апарату у дітей 4–6 років із різними ступенями гіпермобільності суглобів.

Матеріали та методи

У дослідженні приймали участь 446 дітей від чотирьох до шести років: 194 (43,60%) хлопчики і 251 (56,40%) дівчинка. У план дослідження було включено: 1) вкопювання даних комплексного медичного огляду (діти мали висновки лікарів-спеціалістів); 2) визначення гіпермобільності суглобів (ГМС) методом гоніометрії та оцінювалася згідно з критеріями наявності та ступеня гіпермобільності суглобів за методом С. Carter, J. Wilkinson – у модифікації Р. Beighon із використанням медичного гоніометра. У ролі складових критерію обстежувалися пасивні згинання обох великих пальців до

передпліччя, пасивні перерозгинання мізинців на 90°, перерозгинання ліктьових суглобів на 10°, перерозгинання колінних суглобів на 10° та торкання до площини під час нахилу вперед із розігнутими колінними суглобами, де кожна ознака оцінювалась 1 балом. Сума балів 0–2 свідчила про відсутність гіпермобільності суглобів, 3–4 бали – її легкий ступінь, 5–8 – виражений ступінь гіпермобільності суглобів, 9 балів – генералізовану форму (виражений ступінь) гіпермобільності суглобів [12].

Антропометричне обстеження дітей передбачало застосування класичної методики та стандартного інструментарію для визначення показників довжини, маси тіла та окружності грудної клітки.

Морфологічні прояви доліхостеномілії визначалися методом антропометрії (вимірювання довжини нижнього сегмента тулуба верхнього сегмента, розмаху рук – довжина відведених в сторони відносно тулуба із супінованими кистями). Довжина кисті вимірювалася як відстань від кінчика середнього пальця до дистального епіфіза променевої кістки. Довжина стопи визначалася у вихідному положенні стоячи як відстань від краю п'яткової кіски до фалангів найдовшого пальця.

Для контролю стану стопи дітей з ГМС було використано метод подометрії М. О. Фрідланда.

Обробка даних. Отримані дані підлягали математичній та статистичній обробці за допомогою прикладної програми «STATISTICA 8.0». Для первинної

підготовки таблиць і проміжних розрахунків використовувався пакет Excel.

Математична обробка результатів дослідження включала такі методи як розрахунок первинних статистичних показників. Достовірність відмінностей оцінювалась по рівню значущості p . Взаємозв'язок між кількісними змінними визначався за допомогою парного коефіцієнта кореляції Пірсона. Для рангових змінних взаємозв'язок визначався за допомогою рангового коефіцієнта кореляції Спірмена.

Результати дослідження та їх обговорення

Вікові сполучнотканинні зміни серед дітей відмічались відносно стигм пов'язаних із опорно-руховим апаратом, а головним маркером його ураження є ГМС. Збільшена рухливість суглобів може мати як незначну, так і генералізовану форму, уражати як дрібні та великі суглоби. За результатами дослідження визначено, що частота прояву ГМС залежить від ступеня вираженості диспластичних ознак ($\chi^2=38,4$, $p<0,001$) та віку дітей.

У цілому ГМС різного ступеня була притаманна $381 \pm 1,23$ (85,5%) обстеженого дитячого контингенту. При цьому, фізіологічна ГМС визначалася у $65 \pm 1,23$ (14,57%) обстежених, легка ступінь ГМС – у $124 \pm 2,81$ (27,81%), середня ступінь ГМС – у $199 \pm 3,89$ (44,61%) та виражена – у $58 \pm 1,13$ (13,01%) обстеженого дитячого контингенту (рис. 1).

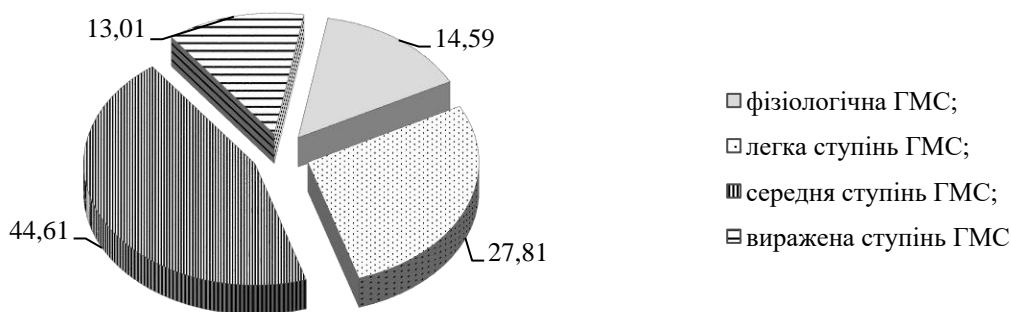


Рис. 1. Розподіл дітей віком 4–6 років за ступенем гіпермобільності суглобів (%)

У результаті антропометричного обстеження дітей було виявлено, що гармонійність співвідношення між ростовими процесами та масою тіла мали $253,8 \pm 1,52$ (56,91%) дітей. У цілому, недостатня маса тіла відносно зросту притаманна дітям за вираженістю ГМС: із фізіологічною мобільністю у $6,47 \pm 1,49$ (2,56%), із легким ступенем – $12,4 \pm 1,88$ (7,69%), із середнім у $15,69 \pm 1,91$ (8,97%) та із вираженим ступенем у $49,34 \pm 2,23$ (80,77%) обстежених дітей.

За допомогою кореляційного аналізу встановлено, що з віком у дітей із ГМС спостерігається диспропорційність росту та дозрівання організму, що вказує на конституційну схильність до захворювань ОРА ($r=0,202$; $p<0,001$).

Одним із супровідних передпатологічних ортопедичних симптомів у дітей із проявами ГМС визначаються порушення постави у різних площинах.

Адже первинні та вторинні деформації хребта зумовлені асиметричністю навантажень, що в подальшому може бути причиною набутих дегенеративно-дистрофічних змін у вигляді остеохондрозу.

За даними медичних оглядів визначено, що $123,45 \pm 2,12$ (27,57%) дітей мали порушення постави у сагітальній та фронтальній площинах (рис. 2).

Так, показники кіфотичної постави у дітей із ГМС притаманні $36,38 \pm 2,66$ (29,34%) дітей із легким ступенем ГМС та вираженим ступенем ГМС – у $26,83 \pm 3,43$ (46,26%) обстеженого контингенту. Аналогічна тенденція визначена і відносно показника постави у фронтальній площині: з легким ступенем ГМС у $32,71 \pm 2,34$ (26,38%) та з вираженим ступенем ГМС у $20,65 \pm 2,89$ (35,62%). Статеві особливості прояву порушень постави у фронтальній площині спостерігалися більше серед дітей шестирічного

віку. Характерною особливістю виявилось те, що питома вага дівчаток перевищувала хлопчиків ($p < 0,05$), що підтверджує схильності осіб жіночої статі до ймовірного прогресування сколіотичної хвороби.

Таким чином, встановлено прямий кореляційний зв'язок: порушення постави у фронтальній та сагітальній площинах проявляється у дітей 4–6 років пропорційно з ускладненням вираженості ГМС ($r = 0,268$; $p < 0,001$).

До одного із основних суглобових проявів недиференційованої дисплазії відносять сплющення

склепіння ступні. З урахування показників методу індексної оцінки за М. О. Фріндландом встановлено, що у цілому плоскостопість визначалася у $53,52 \pm 1,95$ (12,46%) обстежених дітей.

Найбільша кількість дітей зі сплющеними (правою $11,84 \pm 4,62$ (20,43%) та лівою $14,94 \pm 5,01$ (25,75%) ступнями) та плоскостопістю (правою $17,41 \pm 5,29$ (30,56%), та лівою $16,38 \pm 4,98$ (28,25%)) ступнями спостерігалася у групі обстежених із вираженим ступенем ГМС (рис. 3).



Рис. 2. Частка дітей із порушенням постави та гіпермобільністю суглобів, %

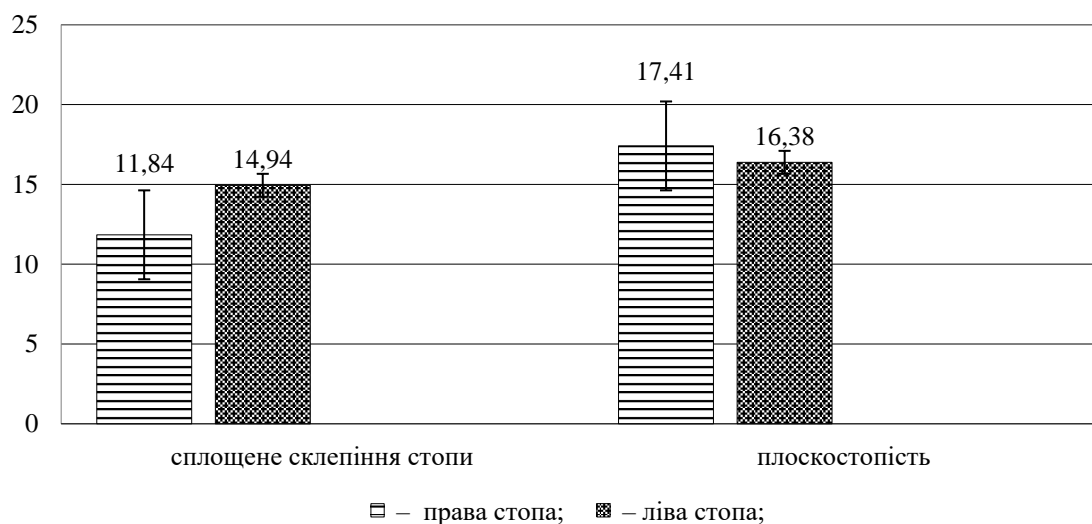


Рис. 3. Розподіл дітей за станом склепіння ступней та вираженістю гіпермобільності суглобів, %

У результаті кореляційного аналізу було встановлено, що плоскостопість проявляється із вираженістю ступенів ГМС ($r = 0,213$; $p < 0,005$).

Ще однією ознакою генералізованого включення у сполучнотканинні функціональні та системні зміни є

деформації зубо-щелепного ряду. У процесі вивчення медичного заключення стоматолога-ортодонта щодо зубо-щелепних змін у дітей виявлено, готичне піднебіння, аномальне розташування зубів, гіпоплазія емалі та високий рівень приросту карієсу (рис. 4).

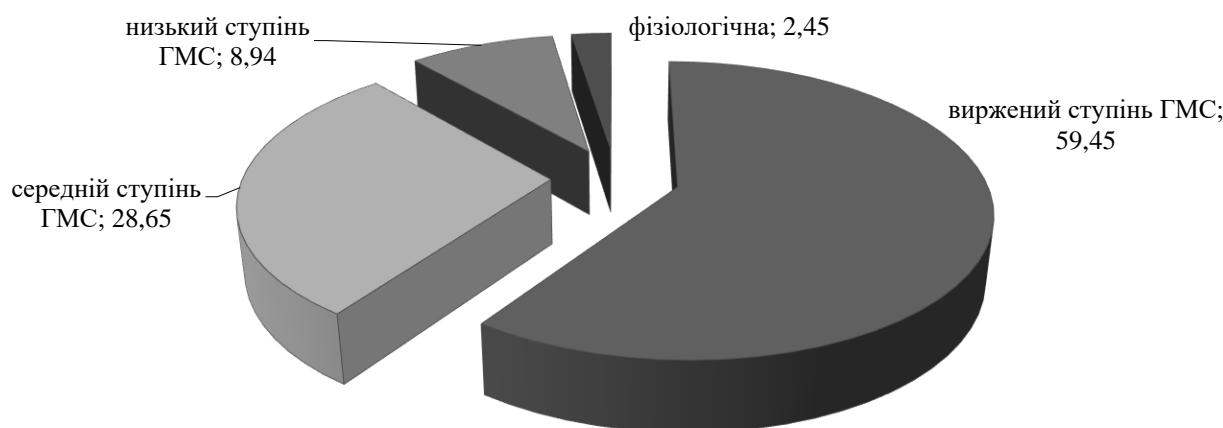


Рис. 4. Частка дітей із різними формами зубо-щелепних аномалій на фоні ГМС (%)

Важливою зовнішньою та вісцеральною фенотиповою ознакою є доліхостеномілія, що визначає пропорційність співвідношень довжини сегментів тіла і дає змогу діагностувати локальне залучення структур кістково-м'язової системи із проявами MASS-фенотипу.

За результатами обстеження, виявлено, що у дітей із ГМС серед ознак доліхостеномілії найбільшу кількість випадків становили дисгармонійні співвідношення довжини кистей та стопи до довжини тіла ($51,15 \pm 1,93$ (11,46%) та $59,17 \pm 1,98$ (13,26%) відповідно) (табл.).

Таблиця. Розподіл дітей із гіпермобільністю суглобів за ознаками доліхостеномілії

Ознаки доліхостеномілії	Групи дітей (M ± m)				у цілому n=446
	із фізіологічною ГМС n=65	із легким ступенем ГМС n=124	із середнім ступенем ГМС n=199	із вираженим ступенем ГМС n=58	
розмах рук/ довжина тіла	1,17±0,44* t=2,03	1,66±0,98*	1,16±1,22	10,63±1,87	13,62±1,39
довжина кисті/ довжина тіла	1,51±1,31	2,49±1,21	6,48±2,82** t=3,01	40,70±2,98**	51,15±1,93
довжина стопи/ довжина тіла	1,33±1,23	5,98±1,83●	5,65±2,64	46,51±3,02● t=2,04	59,17±1,98
верхній сегмент тіла / нижній сегмент тіла	1,83±0,97	2,66±1,24	2,33±1,73	18,60±2,36	24,42±1,75

Примітка:

* вірогідна різниця дисгармонійних співвідношень розмаху рук та довжини тіла у дітей із фізіологічним та легким ступенем ГМС ($p < 0,01$);

** вірогідна різниця дисгармонійних співвідношень довжини кисті та довжини тіла у дітей із середнім та вираженим ступенем ГМС ($p < 0,05$);

● вірогідна різниця дисгармонійних співвідношень довжини стопи і довжини тіла у дітей із легким та середнім ступенем ГМС ($p < 0,05$).

Відповідно до результатів оцінки проявів доліхостеномілії у дітей із різними ступенями ГМС встановлені вікові особливості дисгармонійних співвідношень довжини кистей до довжини тіла, що були притаманні для $48,12 \pm 2,56$ (32,12%) дітей п'ятирічного віку та $51,01 \pm 2,67$ (39,02%) дітей шести років із вираженим ступенем ГМС не залежно від статі.

Порушення пропорційності верхнього та нижнього сегмента тіла спостерігалось у $24,42 \pm 1,75$ (5,47%) дітей із суглобовими проявами, серед них найбільша питома вага дітей шестирічного віку $36,01 \pm 1,96$ (38,94%), Зміна співвідношень розмаху рук до довжини тіла у $13,62 \pm 1,39$

(3,05%) дитячого контингенту із ГМС підтверджує факт схильності до диспропорційного розвитку ОРА.

Таким чином, у процесі дослідження встановлено основні особливості морфологічних фенотипових змін стану ОРА у дітей віком 4–6 років із різними ступенями гіпермобільності суглобів, з метою ранньої діагностики та попередження подальшого їх прогресування у бік патології. Вказані факти є фундаментальним підґрунтям для розробки методики профілактичних заходів урахуваючи усі аспекти динамічних змін стану ОРА у дітей із ГМС з урахування ступеня вираженості, віку та статі дітей.

Перспективи подальших досліджень

Подальші дослідження будуть присвячені прогнозуванню тенденції функціональних змін у дітей із гіпермобільністю суглобів із урахуванням ризиків генетичної детермінації поліморфізму клініко-морфологічних порушень у процесі онтогенезу.

Висновки

За допомогою дослідження розповсюдженості кістково-суглобових проявів сполучнотканинних змін ОРА у дітей із гіпермобільністю суглобів різного ступеня встановлено наступні особливості: по-перше, – спостерігається диспропорційність росту та дозрівання організму, що вказує на конституційну схильність до захворювань ОРА ($r=0,202$; $p<0,001$); по-друге, – кіфотична постава діагностована у 46,26% дітей із вираженим ступенем ГМС, аналогічна тенденція

визначена і відносно показника порушень постави у фронтальній площині (35,62% дітей із вираженим ступенем ГМС); по-третє, – підтверджено факт, що сплющення склепіння ступні та плоскостопість проявляється із вираженістю ступенів ГМС ($r=0,213$; $p<0,005$); по-четверте, – зубо-щелепні аномалії зафіксовано у 58,81% обстеженого дитячого контингенту із ГМС різних ступенів.

Пропорційність співвідношень довжини сегментів тіла є проявами MASS-фенотипу, а найбільшу кількість випадків становили дисгармонійні співвідношення довжини кистей (11,46%) та стопи (13,26%) до довжини тіла.

У 5,47% дітей із суглобовими проявами різного ступеня встановлено порушення пропорційності верхнього та нижнього сегмента тіла. Таким чином, факт виявлення характерних фенотипових ознак підтверджує детерміновану схильність до диспропорційного розвитку ОРА на тлі гіпермобільності суглобів.

Література

1. Birt L., Pfeil M., Macgregor A., et al. Adherence to home physiotherapy treatment in children and young people with joint hypermobility: A qualitative report of family perspectives on acceptability and efficacy. *Musculoskel Car.* 2014; 12:56–61. DOI: 10.1002/msc.1055.
2. Carlos A., Cara A., Fernandez V., et al. Functional Gastrointestinal Disorders, Autonomic Nervous System Dysfunction, and Joint Hypermobility in Children: Are They Related. *The Journal of Pediatrics.* 2020; 10:101. DOI: 10.1016/j.jpeds.2019.11.009.
3. Connelly E., Hakim A., Davenport HS., et al. A Study exploring the prevalence of Hypermobility Syndrome in a musculoskeletal triage clinic. *Physiother Res Pract.* 2015; 36:43–53. DOI:10.3233/PPR-140046.
4. Скиба О., Дяченко Ю, Пшенична Л., ВертельА. Обґрунтування системи заходів по збереженню здоров'я дітей в умовах позашкільних навчальних закладів спортивного профілю. *Science and education a new dimension. Natural and Technical Sciences.* 2018; 6(20), 172: 64 – 66. <https://doi.org/10.31174/SEND-NT2018-172VI20-15>.
5. Дяченко Ю. Л. Доцільність застосування індексних методик у процесі фізичної реабілітації дітей із порушеннями постави / Ю. Л. Дяченко // Педагогічні науки, теорія, історія, інноваційні технології. 2016; 3(2):139–143.
6. Diachenko YU. Skyba O., Kondratyuk S., Pshenychna L. Prognostic research of changes in the phenotypic features in the musculoskeletal apparatus in children with joint hypermobility that require physical rehabilitation. *Journal of Physical Education and Sport.* 2018; 18 (2):921 – 925. DOI:10.7752/jpes.2018.02136.
7. Scheper MC, Pacey V, Rombaut L, et al. Generalized hyperalgesia in children and adults diagnosed with hypermobility syndrome and Ehlers-Danlos syndrome hypermobility type: a discriminative analysis. *Arthritis Care Res.* 2017;69(3):421–429. doi: 10.1002/acr.22998.
8. Juul-Kristensen B., Ostengaard L., Hansen S., et al. Generalised joint hypermobility and shoulder joint hypermobility, – risk of upper body musculoskeletal symptoms and reduced quality of life in the general population. *BMC Musculoskeletal Disorders.* 2017; 18:226. doi:10.1186/s12891-017-1595-0.
9. Nathan J. Rudin N. The Hypermobility Patient, *Guide to the Inpatient Pain Consult,* 2020; 10:407–413. DOI:10.1007/978-3-030-40449-9_27.
10. Farid A, Beekhuizen S, van der Lugt J, Rutgers M. Knee joint instability after total knee replacement in a patient with Ehlers-Danlos syndrome: the role of insert changes as practical solution. *BMJ Case Rep.* 2018; <https://doi.org/10.1136/bcr-2017-223395>.
11. Raoul H.H., Juul-Kristensen B., Pacey V., et al. The evidence-based rationale for physical therapy treatment of children, adolescents, and adults diagnosed with joint hypermobility syndrome/hypermobility Ehlers Danlos syndrome. *American Journal of Medical Genetics Part C (Seminars in Medical Genetics).* 2017; 175:158–167.
12. Smits-Engelsman B., Klerks M., Kirby A. Beighton score: a valid measure for generalized hypermobility in children. *J Pediatr.* 2011; 158:119–123.

References

1. Birt L., Pfeil M., Macgregor A., et al. Adherence to home physiotherapy treatment in children and young people with joint hypermobility: A qualitative report of family perspectives on acceptability and efficacy. *Musculoskel Car.* 2014; 12:56–61. DOI: 10.1002/msc.1055.
2. Carlos A., Cara A., Fernandez V., et al. Functional Gastrointestinal Disorders, Autonomic Nervous System Dysfunction, and Joint Hypermobility in Children: Are They Related. *The Journal of Pediatrics.* 2020; 10:101. DOI: 10.1016/j.jpeds.2019.11.009.
3. Connelly E., Hakim A., Davenport HS., et al. A Study exploring the prevalence of Hypermobility Syndrome in a musculoskeletal triage clinic. *Physiother Res Pract.* 2015; 36:43–53. DOI:10.3233/PPR-140046.
4. Skyba O., Diachenko YU., Pshenychna L., Vertel A. Obruntuvannia systemy zakhodiv po zberezhenniu zdorovia ditei v umovakh pozashkilnykh navchalnykh zakladiv sportyvnoho profilu. *Science and education a new dimension. Natural and Technical Sciences.* 2018; 6(20), 172: 64 – 66. <https://doi.org/10.31174/SEND-NT2018-172VI20-15>.
5. Diachenko YU. Dotsilnist zastosuvannia indeksnykh metodyk u protsesi fizychnoi reabilitatsii ditei iz porushenniamy postavy. *Pedahohichni nauky, teoriia, istoriia, innovatsiini tekhnolohii.* 2016; 3(2):139 – 143.
6. Diachenko YU. Skyba O., Kondratyuk S., Pshenychna L. Prognostic research of changes in the phenotypic features in the musculoskeletal apparatus in children with joint hypermobility that require physical rehabilitation. *Journal of Physical Education and Sport.* 2018; 18 (2):921 – 925. DOI:10.7752/jpes.2018.02136.
7. Scheper MC, Pacey V, Rombaut L, et al. Generalized hyperalgesia in children and adults diagnosed with hypermobility syndrome and Ehlers-Danlos syndrome hypermobility type: a discriminative analysis. *Arthritis Care Res.* 2017;69(3):421–429. doi: 10.1002/acr.22998.
8. Juul-Kristensen B., Ostengaard L., Hansen S., et al. Generalised joint hypermobility and shoulder joint hypermobility, – risk of upper body musculoskeletal symptoms and reduced quality of life in the general population. *BMC Musculoskeletal Disorders.* 2017; 18:226. doi:10.1186/s12891-017-1595-0.
9. Nathan J. Rudin N. *The Hypermobility Patient, Guide to the Inpatient Pain Consult,* 2020; 10:407–413. DOI:10.1007/978-3-030-40449-9_27.
10. Farid A, Beekhuizen S, van der Lugt J, Rutgers M. Knee joint instability after total knee replacement in a patient with Ehlers-Danlos syndrome: the role of insert changes as practical solution. *BMJ Case Rep.* 2018; <https://doi.org/10.1136/bcr-2017-223395>.
11. Raoul H.H., Juul-Kristensen B., Pacey V., et al. The evidence-based rationale for physical therapy treatment of children, adolescents, and adults diagnosed with joint hypermobility syndrome/hypermobility Ehlers Danlos syndrome. *American Journal of Medical Genetics Part C (Seminars in Medical Genetics).* 2017; 175:158–167.
12. Smits-Engelsman B., Klerks M., Kirby A. Beighton score: a valid measure for generalized hypermobility in children. *J Pediatr.* 2011; 158:119–123.

Дата надходження рукопису до редакції: 27.04.2022 р.

Мета дослідження. Виявлення морфологічних фенотипових змін стану опорно-рухового апарату у дітей 4-6 років із різними ступенями гіпермобільності суглобів.

Матеріали та методи. Обстежено 446 дітей від чотирьох до шести років. Було включено викопіювання даних комплексного медичного огляду, визначення гіпермобільності суглобів, антропометричне обстеження дітей та оцінка морфологічних проявів доліхостеномілії. Для контролю стану склепіння ступні дітей з гіпермобільністю суглобів було застосовано метод подометрії.

Результати. У дітей із проявами гіпермобільності спостерігалася диспропорційність росту та дозрівання організму у цілому. Кіфотична постава діагностована у 46% дітей, сколіотична постава виявлена у 36% дітей із вираженим ступенем гіпермобільності. Визначено, що сплющення склепіння ступні та плоскостопість проявляється із вираженістю ступенів гіпермобільності, а зубо-щелепні аномалії зафіксовано у 59% обстеженого дитячого контингенту.

Щодо фенотипових проявів доліхостеномілії найбільшу кількість випадків – 12% становили дисгармонійні співвідношення довжини кистей та 13% стопи відносно довжини тіла. 5% дітей із суглобовими проявами мали порушення пропорційності верхнього та нижнього сегмента тіла.

Висновки. Встановлено характерні фенотипові ознаки, що підтверджують детерміновану схильність дітей до диспропорційного розвитку опорно-рухового апарату на тлі гіпермобільності суглобів. Вказані факти є підґрунтям для розробки методик оздоровчо-профілактичних заходів.

Ключові слова: діти, гіпермобільність суглобів, опорно-руховий апарат, порушення постави, плоскостопість, доліхостеномілія.

Purpose of the study. The find morphological phenotypic changes of the musculoskeletal system of children 4-6 years with different degrees of hypermobility of joints.

Materials and methods. Examined 446 children from four to six years. We copied the data of a comprehensive medical examination. The evaluated the hypermobility of the joints. Anthropometric examination of children was included and morphological manifestations of dolichostenomilia were assessed. The method of podometry was used to control the condition of the arch of the foot of children with hypermobility of the joints.

Results. Children with joint hypermobility have growth disproportion. Kyphotic posture was diagnosed in 46% of children, scoliotic posture was found in 36% of children with a pronounced degree of hypermobility. It was determined that flat feet are manifested with severe hypermobility, and dental anomalies were diagnosed in 59% of the contingent.

Of the phenotypic manifestations of dolichostenomilia, the largest number of cases – 12% were disharmonious ratios of hand length and 13% of the foot relative to body length. 5% of children with articular manifestations had a violation of the proportions of the upper and lower body segments.

Conclusions. Characteristic phenotypic signs of dysplastic lesions have been established. The determined tendency of children to disproportionate development of the musculoskeletal system against the background of hypermobility of joints is confirmed. These facts are the basis for the development of methods of health and preventive measures.

Key words: children, hypermobility of joints, musculoskeletal system, posture disorders, flat feet, dolichostenomilia.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Conflicts of interest: absent.

Відомості про авторів

Тонкопей Юлія Леонідівна – к. н. фіз. вих., доцент кафедри громадського здоров'я та медико-біологічних основ фізичної культури, Сумський державний педагогічний університет імені А.С. Макаренка; м. Суми, Україна.
ORCID ID 0000-0002-9093-2180.

Скиба Ольга Олександрівна – к. б. н., доцент кафедри громадського здоров'я та медико-біологічних основ фізичної культури, Сумський державний педагогічний університет імені А.С. Макаренка; м. Суми, Україна.
ORCID ID 0000-0003-4214-4515.

Примітка. У статтях збережено орфографію, пунктуацію та стилістику авторів.

ДО ВІДОМА АВТОРІВ

Редакція журналу «Україна. Здоров'я нації» запрошує Вас до активної співпраці!

Тематична спрямованість журналу: здоров'я населення та його перспективи; проблеми демографічного розвитку; організація медичної допомоги; боротьба із соціально небезпечними хворобами; правове забезпечення охорони здоров'я; права та захист пацієнта і лікаря; управління охороною здоров'я; розвиток національної системи охорони здоров'я; сільська медицина; розвиток приватного сектору; розвиток стандартизації медичної допомоги; економіка охорони здоров'я; соціальні проблеми охорони здоров'я; доказова медицина; медичні кадри; проблеми медичної освіти; формування здорового способу життя; проблеми екології та охорони здоров'я; міжнародний досвід розвитку охорони здоров'я; історія медицини; фармація: на шляху до міжнародних стандартів; наукова дискусія; ювілей науково-дослідної установи; офіційна інформація; корпоративна інформація.

До редакції (за адресою: м. Київ, 02099, пров. Волго-Донський, 3, отримувач ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України») подаються роботи, що **раніше ніде не друкувалися, не направлялися для опублікування в інші друковані видання, не мають інформації, що становить державну таємницю:** оригінальні статті, огляди літератури, короткі повідомлення, рецензії, реферати, інформація про роботу з'їздів, конференцій, симпозіумів, нарад, семінарів та інших наукових, науково-практичних і практичних заходів.

Правила подання матеріалу для опублікування

До друку приймаються наукові статті українською чи англійською мовами, які містять такі необхідні елементи:

Шифр УДК

Далі (українською та англійською мовами):
Автор(-и) (ім'я (ПІБ), місце роботи, місто, e-mail)
Назва публікації

Вступ

Постановка проблеми у загальному вигляді, аналіз останніх (за останні 10 років) досліджень та публікацій, в яких започатковано розв'язання даної проблеми і на які спирається автор, визначення невіршених раніше частин загальної проблеми.

Мета дослідження

Містить до 3-х речень, в яких сформульовано яку проблему або гіпотезу вирішує автор і з якою метою.

Матеріали та методи

Включає в себе докладний виклад об'єкту, обсягів, терміну, методик дослідження.

Даний розділ повинен містити максимальну інформацію – це необхідно для подальшого можливого відтворення результатів іншими дослідниками, порівняння результатів аналогічних досліджень та можливого включення даних статті в мета-аналіз. Вказується дотримання етичних принципів при проведенні дослідження.

Наприкінці виділяється підрозділ «Обробка даних», в якому вказується, якими методами обробки даних користувався автор.

Результати дослідження та їх обговорення

Їх слід представляти в логічній послідовності без літературних посилань. Дані наводяться чітко, у вигляді коротких описів з графіками, таблицями та рисунками.

Слід виділити нові і важливі аспекти результатів проведеного дослідження, проаналізувати можливі механізми або тлумачення цих даних, по можливості зіставити їх з даними інших дослідників.

Не слід повторювати відомості, що вже були вказані в розділі «Вступ». В обговорення можна включити обґрунтовані рекомендації для практики і можливе застосування отриманих результатів у майбутніх дослідженнях.

Перспективи подальших досліджень

2–3 речення, в яких вказується напрям дослідження, яке планує провести автор за темою статті.

Висновки

Навести підсумок виконаної роботи: що отримано, про що це може свідчити або що може означати, чому служить і які розкриває можливості. Відобразити перспективи використання результатів.

Література

Список літератури оформляється без скорочень мовою оригіналу і з транслітерацією. Автори подаються в порядку згадування, транслітерацією, згідно з вимогами Ванкуверського стилю. Посилання в тексті вказуються цифрами у квадратних дужках. Список має включати не менше 5 джерел за останні 10 років.

Список використаних джерел відповідно до ДСТУ можна оформити відповідно до вимог ДАК України автоматично.

Для активного включення статей наукового фахового видання в обіг наукової інформації та коректного індексування публікацій наукометричними системами необхідно після наведення списку використаних джерел в кожній публікації наводити блок REFERENCES, який повторює список джерел з латинським алфавітом, та наводить список кирилических джерел у транслітерованому вигляді. Цитування у блоці References повинні бути оформлені за Ванкуверським стилем.

Анотація (українською та англійською мовами)

Обсяг не більше 250 слів (не більше 1 500 знаків) – приблизно 0,5 сторінки, повинна включати такі пункти:

- Мета наукового дослідження
- Матеріали та методи дослідження
- Результати дослідження
- Висновки (які основні результати дослідницької наукової роботи)
- Ключові слова: не менше 3 та не більше 8.

На останній сторінці тексту повинні бути вказані дані про авторів: прізвище, ім'я та по батькові автора, науковий ступінь, наукове звання, місце роботи та посада, поштову адресу, номер телефону (службовий), електронна адреса, ORCID ID. Вказуються дані про конфлікт інтересів авторів.

Текст друкується через 1,5 інтервали, без переносів, розмір шрифту 14 у Times New Roman в редакторі Microsoft WORD. Відступ абзацу – 1,25 см знаком табуляції. Поля: зліва і справа 2,5 см, зверху і знизу 2,0 см. Електронні варіанти статей надсилаються на електронну пошту – g.slabkiy@ukr.net, а друковані варіанти (підписані всіма авторами) з офіційним направленням – на адресу: 02099, м. Київ, провулок Волго-Донський, 3. Обов'язкове направлення як електронного так і друкованого варіантів статей.

Статті рецензуються провідними фахівцями за профілем статті та проходять перевірку за ліцензованою програмою «Антиплагіат».

Оплату за публікацію статті здійснювати після отримання підтвердження про її прийняття до друку.

Редакційна рада