

**ПВНЗ «Медико-Природничий Університет»**

**Миколаївська обласна організація «Асоціація медичних сестер України»**

**Миколаївська обласна організація Товариства Червоного Хреста України**

**Благодійний фонд «Шлях до спасіння»**

**Збірник матеріалів**

**III Регіональної науково-практичної конференції**

**«ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я: ПРОБЛЕМИ  
СЬОГОДЕННЯ ТА ПЕРСПЕКТИВИ  
РОЗВИТКУ»**



**Миколаїв, 2024**

**ПВНЗ «Медико-Природничий Університет»  
Миколаївська обласна організація «Асоціація медичних сестер України»  
Миколаївська обласна організація Товариства Червоного Хреста України  
Благодійний фонд «Шлях до спасіння»**



**ЗБІРНИК МАТЕРІАЛІВ  
ІІІ РЕГІОНАЛЬНОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ  
«ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я: ПРОБЛЕМИ СЬОГОДЕННЯ ТА  
ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ»**

28 червня 2024 року

**Миколаїв, 2024**

УДК 614 (08) / 614.2

Рекомендовано Вченою радою Приватного вищого навчального закладу «Медико-Природничий Університет» (протокол № 12 від 20 червня 2024 р.).

**Громадське здоров'я: проблеми сьогодення та перспективи розвитку:** збірник матеріалів III Регіональної науково-практичної конференції (м. Миколаїв, 28 червня 2024 р.) / за ред. М. А. Волкова, Н. В. Башмакової, О. С. Акимової, І. Л. Шпачинського, Н. А. Володки та ін. Миколаїв: ПВНЗ «МПУ», 2024. 135 с.

Збірник III Регіональної науково-практичної конференції «Громадське здоров'я: проблеми сьогодення та перспективи розвитку» наповнений науковими ідеями, гіпотезами, методами висвітлення цінності здоров'я, визначенням авторами тез актуальних проблем у сферах теорії і практики громадського здоров'я, зокрема, в умовах воєнного стану. Зміст збірника відображає рекомендації авторів тез щодо розвитку громадського здоров'я в соціальному контексті сучасності, ролі гігієнічного виховання в ресурсі громадського здоров'я, психологічного супроводу пацієнтів у процесі реабілітації, балансі здоров'я та діяльності громади з охорони здоров'я. Рекомендовано науковцям, лікарям, психологам, викладачам, аспірантам, громадським діячам, здобувачам та всім, хто зацікавлений у галузі громадського здоров'я.

Матеріали представлено в авторській редакції. Відповідальність за зміст та авторський стиль публікацій, розміщених у збірнику, несуть автори.

© Автори, 2024

© ПВНЗ «Медико-Природничий  
Університет», 2024

## ЗМІСТ

ВСТУПНЕ СЛОВО..... 7

### СИСТЕМА ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я: РЕАЛЬНІСТЬ ТА ПЕРСПЕКТИВИ

**Володка Н.**

РОЛЬ КОМПЕТЕНТНОСТІ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ..... 9

**Kiktenko A.**

CIVIL HEALTH IN THE SOCIO-PSYCHOLOGICAL AND EDUCATIONAL CONTEXT OF OUR TIME (IRISH EXPERIENCE)..... 13

**Самойленко І.**

ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я У СПЕКТРІ ПЕДІАТРІЇ: ВСЕ ПОЧИНАЄТЬСЯ У ДИТИНСТВІ..... 17

**Шпачинський І.**

АКЦЕНТУАЦІЯ ВИКЛАДАННЯ ФІЛОСОФІЇ В КОНТЕКСТІ ПРОБЛЕМ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я СЬОГОДЕННЯ..... 21

### ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я В СОЦІАЛЬНОМУ КОНТЕКСТІ СУЧАСНОСТІ

**Зюзін В., Савельєв А.**

ЗАХВОРЮВАНІСТЬ НА ЗЛОЯКІСНІ НОВОУТВОРЕННЯ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ ТА СТАН ОРГАНІЗАЦІЇ ОНКОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ В УКРАЇНІ..... 25

**Седляр Ю.**

ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ МІЖНАРОДНИХ ЗБРОЙНИХ КОНФЛІКТІВ..... 27

**Краснощек В.**

ЕФЕКТИВНІСТЬ ФІЗИЧНОЇ АКТИВНОСТІ ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ МІГРЕНІ..... 32

**Майгур К.**

ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я В СОЦІАЛЬНОМУ КОНТЕКСТІ СУЧАСНОСТІ..... 38

**Палєв Д.**

ДЕТЕРМІНАЦІЯ ОСОБИСТІСНОГО ТИПУ СТИЛЕМ СІМЕЙНОГО ВИХОВАННЯ: АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕНЬ..... 42

**Половик О., Коптев М.**

ВИКОРИСТАННЯ СИМУЛЯЦІЙНОГО НАВЧАННЯ ПРИ ВІДПРАЦЮВАННІ ПРАКТИЧНИХ НАВИЧОК З ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ХІРУРГІЇ..... 45

## БАЛАНС ЗДОРОВ'Я МОВОЮ МЕДИЧНОЇ СТАТИСТИКИ

**Баланська О.**  
МЕДИЧНА СТАТИСТИКА В ІСТОРИЧНОМУ КОНТЕКСТІ..... 49

**Гуріна О.**  
ЗНАЧЕННЯ СТАТИСТИЧНОГО ОЦІНЮВАННЯ ІНТЕГРАЛЬНОГО ПОКАЗНИКА «БАЛАНС ЗДОРОВ'Я» В УМОВАХ ВІЙСЬКОВИХ КОНФЛІКТІВ..... 52

## РЕГЛАМЕНТ БЕЗПЕКИ ДЛЯ ЗДОРОВ'Я І ЖИТТЯ ЛЮДИНИ

**Дмитрієва З.**  
МІЖНАРОДНІ ПРОГРАМИ ЗАПОБІГАННЯ ТА ПРОТИДІЇ ПОТРАПЛЯННЯ УКРАЇНЦІВ У ЧИСЛО ЖЕРТВ ТОРГІВЛІ ЛЮДЬМИ..... 57

**Краснощек В.**  
ОЖИРІННЯ – КРИТИЧНИЙ ФАКТОР РИЗИКУ ТЯЖКОГО ПРОГНОЗУ COVID-19..... 62

**Паращак І.**  
ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ДЕВІАНТНОЇ ПОВЕДІНКИ В ПІДЛІТКОВОМУ ВІСІ..... 69

## РОЛЬ ГІГІЄНИЧНОГО ВИХОВАННЯ В РЕСУРСІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

**Варвянська С.**  
РОЛЬ МЕДСЕСТРИ НА ВСІХ ЕТАПАХ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ З АМПУТАЦІЯМИ..... 73

**Литовченко І.**  
ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ – ГОЛОВНИЙ ЗАСІБ ПРОФІЛАКТИКИ ЗАХВОРЮВАНЬ..... 78

**Присяжнюк О.**  
РОЛЬ ГІГІЄНИЧНОГО ВИХОВАННЯ В РЕСУРСІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я..... 84

## ДІЯЛЬНІСТЬ ГРОМАДИ З ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

**Можина Є.**  
ВПЛИВ НА СТАН МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я МЕДСЕСТРИНСЬКОГО ПЕРСОНАЛУ У КОНТЕКСТІ ПРОБЛЕМ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я СЬОГОДЕННЯ..... 91

**Ярошенко В.**  
ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я ЯК ОБ'ЄДНУЮЧА ЦІННІСТЬ ДЛЯ ГРОМАДИ І ВЛАДИ..... 96

## ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД ПАЦІЄНТІВ У ПРОЦЕСІ РЕАБІЛІТАЦІЇ

<b>Безушко С.</b> ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ У ПРОЦЕСІ РЕАБІЛІТАЦІЇ.....	103
<b>Богач О., Немятченко І.</b> ПЕДАГОГІЧНІ УМОВИ ЗБЕРЕЖЕННЯ МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я ВЧИТЕЛІВ ПОЧАТКОВИХ КЛАСІВ.....	106
<b>Каневський В.</b> ПРОБЛЕМА ПТСР З ТОЧКИ ЗОРУ ФУТУРРЕАЛЬНОГО ПІДХОДУ.....	110
<b>Кириленко О.</b> ІНСТИТУЦІОНАЛЬНІ ОСНОВИ НАДАННЯ СОЦІАЛЬНО- ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ОСОБАМ ПОСТРАЖДАЛИМ ВІД ВОЄННИХ ДІЙ.....	113
<b>Коломієць Н.</b> ПСИХОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ЗБЕРЕЖЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ СУЧАСНОСТІ.....	117
<b>Куропятник А.</b> ПСИХОЛОГІЧНА ПІДТРИМКА ОСІБ ЛІТНЬОГО ВІКУ В УМОВАХ ІЗОЛЯЦІЇ.....	120
<b>Пухальська К.</b> ПСИХОЛОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ДІТЕЙ ПІД ЧАС ВІЙНИ.....	123
<b>Шляхтін А.</b> ПСИХОЛОГІЧНІ ПРОБЛЕМИ ПОДРУЖЖЯ ПІСЛЯ НАРОДЖЕННЯ ДИТИНИ.....	128
<b>РЕЗОЛЮЦІЯ.....</b>	132

## ВСТУПНЕ СЛОВО

---

### **Шановні учасники конференції, пані та панове!**

Радий вітати учасників III Регіональної науково-практичної конференції «Громадське здоров'я: проблеми сьогодення та перспективи розвитку», відданих справі розвитку системи громадського здоров'я в Приватному вищому навчальному закладі «Медико-Природничий Університет». Конференція об'єднала спільною ідеєю поліпшення громадського здоров'я та профілактики захворювань, представників різних наукових шкіл, управлінців, працівників практичної охорони здоров'я та громадськості України. Стає традицією проводити науково-практичні конференції з актуальних питань розвитку національної системи громадського здоров'я в Миколаєві, місті яке на сьогодні входить до прифронтових областей України. Науково-практична конференції проходить в складний час коли на фоні несприятливої дії на стан громадського здоров'я воєнного стану, соціально-економічних детермінант погіршуються показники медико-демографічної ситуації та є актуальним питання забезпечення біобезпеки в державі. В Україні є одним із самих низьких в Європі показник середньої очікуваної тривалості життя при цьому реєструється надсмертність чоловіків працездатного віку, високий рівень дитячої смертності. Тому створення системи громадського здоров'я з запровадженням здоров'я зберігаючих та здоров'я формуючих технологій і механізмів є надзвичайно важливою задачею національного рівня. Конференція проходить в період, який потребує консолідації зусиль та наявності науково обґрунтованих розробок та між секторального підходу в справі створення в країні сучасної системи громадського здоров'я та ефективної організації її діяльності. Тому перед її учасниками стоїть відповідальна задача з обговорення та прийняття відповідальних рішень скерованих на подолання існуючих проблем в справі

розбудови системи громадського здоров'я на всіх її рівнях. Миколаївська область та Приватний вищий навчальний заклад «Медико-Природничий Університет» проводять значну роботу в цьому напрямку і їх кадровий потенціал готовий внести свій вагомий внесок в справу підготовки фахівців з 2024-2025 навчального року для системи громадського здоров'я в Україні та проводити наукові дослідження з зазначеної тематики. Конференція проходить в період активного розвитку системи громадського здоров'я в країні. Перші кроки є завжди складними та відповідальними. Від правильності прийнятих рішень та проведених заходів залежить ефективність діяльності системи в майбутньому. Впевнений, що висновки та рекомендації доповідачів на науково-практичній конференції стануть підґрунтям для визначення подальших дій щодо розбудови ефективної системи громадського здоров'я в країні та забезпечення умов для покращення та захисту і зміцнення здоров'я населення і підвищення якості життя, вони будуть сприяти подальшій плідній співпраці у названій сфері.

Від щирого серця бажаю учасникам конференції ефективної професійної роботи, творчого натхнення, вагомих наукових здобутків у вирішенні сучасних проблем розвитку громадського здоров'я в країні!

*З повагою,  
ректор ПВНЗ  
«Медико-Природничий Університет»  
кандидат економічних наук  
Михайло Анатолійович ВОЛКОВ*



## СИСТЕМА ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я: РЕАЛЬНІСТЬ ТА ПЕРСПЕКТИВИ

---

**Наталя ВОЛОДКА,**  
старший викладач кафедри  
медсестринства і громадського здоров'я  
ПВНЗ «Медико-Природничий Університет»,  
керівник відділення ВБО «Турбота про літніх в Україні»  
у м. Миколаєві.

### РОЛЬ КОМПЕТЕНТНОСТІ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

*Висвітлено питання формування професійних компетентностей в процесі підготовки медичних сестер в умовах воєнного стану.*

*Ключові слова: освіта, компетентності, стандарти, медсестринство, стресостійкість, воєнний стан.*

**Актуальність.** В час важких випробувань для України єдине, що не змінюється, це визнання того, що здоров'я і життя людини – найвища цінність. В ст. 49 Конституції України визначено, що кожен має право на охорону здоров'я та медичну допомогу [1]. В охороні, збереженні та відновленні громадського здоров'я велика роль належить медичним працівникам.

Структурною та найчисельнішою складовою системи охорони здоров'я є медичні сестри, роль яких в забезпеченні здоров'я надзвичайно важлива [2]. Війна в Україні призвела до дестабілізації в багатьох аспектах суспільного життя, стала ще одним викликом після пандемії, вплинула на всі сфери життя населення, зокрема і на освіту, зумовивши перебування учасників навчального процесу у стані хронічного стресу та невизначеності. На основі аналізу досліджень впливу травмуючих війною факторів визначено, що негативні наслідки психотравмуючих ситуацій властиві для осіб «стресогенних професій», з яких одне з провідних місць посідає медсестринство, роль якого в системі охорони здоров'я надзвичайно важлива [5]. Саме вони перебувають з

пацієнтом максимальну кількість часу, завдяки чому здатні краще зануритись у проблеми пацієнта, вивчити його хворобу, вчасно помітити найменші зміни в стані пацієнта та сприяти процесу одужання, що передбачає постійну комунікацію та взаємодію.

Формування комунікативної компетентності та готовності до міжособистісної взаємодії є ключовим у підготовці медичних сестер і передбачає вміння за будь-яких обставин ефективно взаємодіяти з пацієнтами та їх близькими, правильно інформувати та навчати елементів догляду пацієнтів та їх родичів, здійснювати психологічний вплив на пацієнта задля збільшення його прихильності до лікування; ефективно працювати в команді, формувати комунікаційну стратегію тощо. Компетентність є результатом набуття компетенцій, і тому за своєю суттю поняття «компетентність» є значно ширшим від поняття «компетенція» [3].

Компетенція, відповідно до європейського контексту, включає знання й розуміння, знання як діяти, знання як бути (цінності як невід'ємна частина способу сприйняття й життя з іншими в соціальному контексті) Компетентність – якість особистості, її певне надбання, що ґрунтується на знаннях, досвіді, моральних засадах і проявляється у критичний момент за рахунок вміння знаходити зв'язок між ситуацією та знаннями, у прийнятті адекватних рішень нагальної проблеми. У сучасному світі саме професійна компетентність майбутнього фахівця розглядається як показник якості освіти.

Згідно з визначенням Міжнародного департаменту стандартів для навчання, досягнення та освіти, «компетентність» – це спроможність кваліфіковано здійснювати професійну діяльність [4]. Медичний персонал в умовах війни знаходиться під впливом не тільки значного ризику виникнення стресових станів, психічної дезадаптації і нервово-психічних розладів, але й загрози здоров'ю та життю. Негативні, а іноді й руйнуючі впливи стають причиною виснаження ресурсів організму, зниження працездатності, виникнення міжособистісних конфліктів, порушень дисципліни, етичних та

деонтологічних питань тощо.

Тривале здійснення своїх службових обов'язків у напружених обставинах призводить до дезадаптації та зниження стійкості організму. Медичні працівники часто перебувають у стані тривожності та стресу навіть за звичайних умов роботи. Зазначена ситуація ставить перед сучасною системою освіти та охорони здоров'я нові задачі, зокрема, створення і розвиток системи доступної, якісної і ефективної підготовки фахівців в умовах постійних викликів сучасності і не тільки через війну, а й через погіршення громадського здоров'я, старіння населення, а з цим і збільшенням проблем.

Високий рівень психічної стійкості до стресів – важлива умова збереження, розвитку і зміцнення здоров'я і професійної самореалізації особистості. Стресостійкість – це важлива і складна властивість особистості, пов'язана з низкою інтелектуальних, когнітивних, емоційних й особистісних властивостей, які допомагають їй переживати значні розумові, фізичні, вольові та емоційні навантаження, зберігаючи спокій та рівновагу в стресовій ситуації [6]. Тому, для забезпечення здоров'я та можливості надавати якісну медсестринську допомогу дуже важливо під час навчання сформувати спеціальну компетентність: Здатність до динамічної адаптації та саморегуляції у важких життєвих і професійних ситуаціях з урахуванням механізму управління власними емоційною, мотиваційно-вольовою, когнітивною сферами і є важливою спеціальною компетентністю, яка визначена у Стандарті фахової передвищої освіти освітньо-професійного ступеня фаховий молодший бакалавр галузі знань 22 «Охорона здоров'я» за спеціальністю 223 «Медсестринство». Затверджено та введено в дію наказом Міністерства освіти і науки України від 08.11.2021 року [8].

Стандарт вищої освіти першого (бакалаврського) рівня вищої освіти галузі знань 22 «Охорона здоров'я» за спеціальністю 223 «Медсестринство» затверджено та введено в дію наказом Міністерства освіти і науки України 05.12.2018 року, але у переліку компетентностей випускника розділу

спеціальні(фахові, предметні) компетентності вищевказана компетентність відсутня, тому є пропозиція ініціювати перед Міністерством освіти і науки України: Внести у Стандарт вищої освіти першого (бакалаврського) рівня вищої освіти галузі знань 22 «Охорона здоров'я» за спеціальністю 223 «Медсестринство» компетентність: «Здатність до динамічної адаптації та саморегуляції у важких життєвих і професійних ситуаціях з урахуванням механізму управління власними емоційною, мотиваційно-вольовою, когнітивною сферами».

**Висновки.** Велика відповідальність у формуванні професійних компетентностей покладена на освітян закладів вищої освіти, які здійснюють підготовку медичних кадрів в Україні, не зважаючи на загрози безпеці. Роль компетентності медичної сестри в умовах воєнного стану є одною із найважливіших. Регламентом безпеки для здоров'я і життя людини, безумовно, є своєчасне надання якісної медичної допомоги, а це вимагає підготовки високопрофесійних фахівців, які повинні не тільки досконало володіти фаховими компетентностями, а й вміти адаптуватись відповідно до екстремальних ситуацій, які виникають в умовах воєнного стану. Тому є пропозиція ініціювати перед Міністерством освіти і науки України: Внести у Стандарт вищої освіти першого (бакалаврського) рівня вищої освіти галузі знань 22 «Охорона здоров'я» за спеціальністю 223 «Медсестринство» компетентність: «Здатність до динамічної адаптації та саморегуляції у важких життєвих і професійних ситуаціях з урахуванням механізму управління власними емоційною, мотиваційно-вольовою, когнітивною сферами».

#### **Список використаних джерел:**

1. Конституція України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws//show/254к/96-вр#Text>
2. Антонова О. Є., Шарлович З. П. Професійно-педагогічна компетентність медичних сестер сімейної медицини як складова їх професійної компетентності. *Проблеми освіти: науково-методичний збірник. Інститут інноваційних технологій і змісту освіти МОН України*. 2015. Вип. 85.С. 9–14.
3. Губенко І., Радзівська І., Бразалій М. Методика формування професійної компетентності медичних сестер у процесі їх практичної

підготовки. URL: <http://family-doctor.com.ua/metodikaformuvannya-profesiynoyi-kompetentnosti-medichnih-sester>

4. Закусилова Т. О. Концептуальні засади формування професіоналізму особистості майбутньої медичної сестри: компетентнісний підхід. В Міжнародні Челпанівські психолого-педагогічні читання. Додатковий 3-й том наукових публікацій. Київ, 2016. С. 188–194.

5. Корольчук В. М. Обґрунтування організаційної моделі дослідження стресостійкості особистості. *Проблеми екстремальної та кризової психології*, 2010. №7. С. 210–218.

6. Харко О. С. Практичні рекомендації дотримання психологічних умов формування стресостійкості студентів ЗВО в навчальному процесі. *Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Серія «Психологія»*. 2022. № 14. С. 46–56.

7. Кравцова О. К. Стресостійкість особистості як психологічний феномен: основні теоретичні підходи. *Вісник післядипломної освіти. Серія «Соціальні та поведінкові науки»*. 2019. № 7(36). С. 98–117. DOI: <https://doi.org/10.32405/2522-9931>

8. Стандарт фахової передвищої освіти освітньо-професійного ступеня фаховий молодший бакалавр галузі знань 22 Охорона здоров'я за спеціальністю 223 Медсестринство. URL: <https://mon.gov.ua/storage/app/media/Fakhova%20peredvyshcha%20osvita/Zatverdzeni.standarty/2021/11/08/223-Medsestrinstvo.pdf>

9. Стандарти вищої освіти першого (бакалаврського) рівня вищої освіти та перед вищої галузі знань 22 «Охорона здоров'я» за спеціальністю 223 «Медсестринство». URL: <https://mon.gov.ua/storage/app/media/vishchaosvita/zatverdzeni%20standarty/12/21/223-medsestrinstvo-bakalavr.pdf>

**Alevtyna KIKTENKO,**  
Philosophy Doctor Private Higher Educational Institution  
«Medical University of Natural Sciences»

## **CIVIL HEALTH IN THE SOCIO-PSYCHOLOGICAL AND EDUCATIONAL CONTEXT OF OUR TIME (IRISH EXPERIENCE)**

One of the reasons for the worsening health and civil health of the Ukrainian people was the consequences of the Chernobyl disaster in 1986. A new wave of problems arose during the formation of Ukraine as an independent State in 1991.

Many political parties emerged. Problems of an economic and socio-psychological nature have worsened. This led to the emergence of economic, social

and psychological difficulties among the broad masses. COVID-19 introduced new complications in the development of the young independent state.

Big sacrifices again. People's thoughts towards God. But there is also a struggle in the religious world. Instead of the Ukrainian Para-Orthodox Church, the Orthodox Church of Ukraine appeared. This is a new reason for public confrontations and contradictions in the social sphere of the state. The combination of these problems required the Ministry of Health of Ukraine to pay increased attention to the health status of the Ukrainian people.

It is no coincidence that on May 31, 2016, a state institution, the WHO Center for Civil Health of Ukraine, was created. Among human rights, special attention is focused on the Right to Health. In 2017, WHO clearly defined 10 core operational functions of Citizen Health.

They are dictated by the fact that the health of the population of any country is determined by the influence of social and biological factors. Among the criteria characterizing health, the most important role is played by the mental state, mental health, a person's clear idea of himself as a person, as an individual, and his correct behaviour in society. The main parameters of civil health for any person and country are birth rate, morbidity, level of physical development, injuries, average life expectancy, and mortality.

October 22, 2020 A unique Family Health Center was opened in Odessa. October 1, 2023 The Law on the Civil Health System came into force. The social foundations of the functioning of Civil Health and a wide range of activities of an analytical, organizational, and practical nature are considered. The methods, techniques, and technologies developed by WHO include socio-psychological and social ones. The law envisaged an increase in the duration of active and working life, and a focus on a healthy way of life for the entire society. But! the war has begun...!

Let me thank the Medical and Natural Sciences University for the fact that in such difficult times of war the University not only works, but also opened a new specialty in Civil Health and holds a conference aimed at the fruitful development of

its prospects and the training of competent professionals. I think this is more than relevant.

Acquaintance with Ireland and its people, many aspects of their life, with the history of the state and its monuments, with its saints and religion, with culture and its prominent representatives, with the system of upbringing and education, with public holidays initially and still arouses great respect and admiration this amazing northern country of eternal spring. Says a lot about the high level of civic health in Ireland.

For evacuees this is obvious. We are cold, we wrap ourselves up, and they wear light clothes and shoes. Hardening is organic for children and adults. Attention, help, and care for Ukrainians are everywhere. The evacuated refugees were received with great sympathy. At the state level, a system of accommodation, nutrition, social security, issues of hygiene, service, and employment has been thought out. In Ireland, they treat the religion and religious holidays of Ukrainians with understanding and respect. Much attention is paid to training evacuees in various English language courses, professional training in colleges in Ireland, and study opportunities at universities in the country. All evacuated children were provided with places in kindergartens and schools, in sports sections and clubs.

Special transport is provided to transport children to and from school. The essence and depth of understanding of Civic Health in Ireland is obvious to everyone and everything. Civic health is a multidimensional concept. Its components are medical, psychological, social, economic, religious, political, and educational roots and categories. A person's pride in his Homeland and Country, their past and present, his work, upbringing and education, culture and respect for others create a broad panorama of his/her personality and ensure his civic comfort and health. An exceptional role in the development of the civil health of modern Irish people is played by the deepest respect for the life, work, merits of previous generations, and for the spiritual and material values created throughout the history of Ireland. On this

fertile soil, the generation of young Irishmen, who have taken up the baton of their predecessors, is proudly developing, learning to work and live.

In the history of Ireland, there were very difficult periods in the life of the people. Its experience can be extremely significant for Ukraine and its people in the modern conditions of their life, and the formation of their civic health. The system of education and upbringing plays a special role in the formation of its high level. We became acquainted with it through our own observations and study of scientific literature on the history of the development of the education system in Ireland.

Studying the history of the formation and development of the education and training system in Ireland, and their role in the formation of the civic health of the population allows us to hope that the experience of the Irish people, formed in the conditions of the country's difficult history, can be very useful for Ukraine in modern conditions. The formation of human health and his/her civic health is based on the way of life in his/her family and society, from his/her first steps in the world of people and nature, based on a culture of communication, respect for national traditions, the history of the country and religion, worthy solutions to economic and social problems. Children's literature, libraries, playgrounds, sports sections, clubs, and sports competitions are of great importance.

Admiration and respect are caused by early and meaningful professional orientation through practical acquaintance of schoolchildren (their resume, subsequent entry into an institution or enterprise, occupation of work corresponding to their interests, preparation and presentation to the school of a report on the results of each student's practice, subsequent evaluation at school). Every Irishman feels deep amazement and gratitude for the austere grandeur of the Temples (there are many of them) and religious ceremonies: baptism, first communion, wedding, and consecration of water. All this is indicative for evacuated Ukrainians and numerous tourists from other countries. Ukrainian children absorb all the subtleties of upbringing and education, understanding the world around them in Irish kindergartens, schools, and in the process of participating in sports events. This is the



beginning of the formation of their Civil Health, which must be continued in Ukraine.  
Thank you, Ireland!

### **References:**

1. Educating Ireland. Schooling and Social Change. 1700-2000. Deirdre Raftery and Karin Fischer.
2. Irish Education the ministerial Legacy. 1919-99. Antonia Mcmanus.
3. Irish Education 1922-2007. Cherishing All the Children. Brian Fleming.
4. Irish Education for 21st. Century. Davy Hynes.

**Ірина САМОЙЛЕНКО,**

кандидат медичних наук, доцент,  
доцент кафедри медсестринства і громадського здоров'я  
ПВНЗ «Медико-Природничий Університет»

## **ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я У СПЕКТРІ ПЕДІАТРІЇ: ВСЕ ПОЧИНАЄТЬСЯ У ДИТИНСТВІ**

**Вступ.** Відома теза, що діти – це не просто маленькі дорослі. Зазвичай у них є особливі потреби. Педіатрична служба в Україні допомагає пацієнтам та їх батькам орієнтуватися всі роки життя дитини, щоб виробити імунітет, здорові звички, які вони зможуть взяти з собою в доросле життя [1]. В Україні майже 10 років відновлюється система громадського здоров'я (ГЗ), та ми, як європейська країна, дотримуємося всіх визнаних у світі принципів її становлення і розвитку [2]. На сесії Європейського регіонального комітету ВООЗ у вересні 2012 року було прийнято Європейський план дій (ЄПД) зі зміцнення потенціалу та покращення послуг системи ГЗ. Це ініціатива, орієнтована на практичні дії, розробка і реалізація яких відображають цінності та принципи європейської політики. На жаль, агресивні бойові дії сусідньої держави, яка руйнує життя українців, насамперед дітей, гальмує та унеможлиблює втілення планових заходів в аспекті педіатричної служби охорони здоров'я [3].

**Мета роботи.** Відокремити суспільний характер системи ГЗ та її педіатричний аспект, її орієнтацію на дитяче населення громади та країни в

цілому, а не на індивідуальне здоров'я окремої особи, важливу роль в підвищенні ефективності та результативності системи охорони здоров'я, формування майбутньої популяції.

**Матеріали та методи.** ВООЗ чітко визначила десять основних оперативних функцій громадського здоров'я. Ми добре їх пам'ятаємо: епіднагляд й оцінювання стану здоров'я і благополуччя населення; моніторинг та реагування на небезпеку для здоров'я під час надзвичайних ситуацій; захист здоров'я, у тому числі безпеки навколишнього середовища, праці, харчових продуктів тощо; зміцнення здоров'я, зокрема вплив на соціальні детермінанти і скорочення нерівності за показниками здоров'я; профілактика хвороб, у тому числі раннє виявлення порушень здоров'я; забезпечення стратегічного управління в інтересах здоров'я і благополуччя; забезпечення сфери суспільної охорони ГЗ достатньою кількістю кваліфікованих кадрів; створення стійких організаційних структур і забезпечення їх фінансування; виконання інформаційно-роз'яснювальної діяльності, комунікації та мобілізації в інтересах здоров'я; сприяння розвитку досліджень у сфері охорони ГЗ для наукового обґрунтування відповідної політики і практики.

У перших п'яти функціях ми бачимо найважливіші послуги ГЗ, наступні п'ять забезпечують їх реалізацію, звичайно вони тісно взаємопов'язані. Виконання їх – важлива справа для охорони здоров'я української педіатричної когорти. З нашої тачки зору, варто звернути увагу на актуальні аспекти з констатації невтішного факту: Україна з приводу вакцинації дітей має дуже багато проблем. А саме це – один з шляхів формування імунного захисту дітей. Наша країна, за думкою головного спеціаліста в Україні з вакцинації Федора Лапія, є другою у переліку з кінця серед усіх країн світу за рівнем охоплення вакцинацією дитячого населення. Однією з причин такого становища є те, що в державі йде велика війна, перевищена внутрішня міграція дитячого населення, і, на жаль, досі існує безліч міфів щодо вакцинації. Закон України чітко говорить про те, що вакцинацію мають пройти всі діти, які не мають для цього

протипоказань. Важливо розуміти, чому існують протипоказання: у тих випадках, коли імунізація не буде ефективною, або становить небезпеку для здоров'я й життя дитини.

У США, як і у багатьох країнах Європи, наприклад, ГРІ з легким перебігом не є протипоказанням для вакцинації дитини, а при наявності підвищеної температури вакцинація відкладається до зникнення гострих проявів захворювання. В цьому і є принципова різниця: люди у цивілізованому світі не бояться вакцинації, навпаки, бояться тих наслідків, до яких може призвести її відсутність!

Ми цілком розуміємо, що вибір педіатра, сімейного лікаря з їх помічником – медичною сестрою, для наших дітей є важливим рішенням, яке впливає на дитину, її батьків та сім'ю в цілому. У нашому закладі вищої освіти, під керівництвом ректора, кандидата економічних наук, доцента Волкова М.А., навчаємо медичних сестер, бакалаврів надавати якісну та професійну первинну медичну допомогу. Формувати здоровий спосіб життя, майже з моменту народження дитини. А саме, у доступний спосіб, протягом першого року життя здійснювати щорічні відвідування дітей, допомагати мамі з немовлям та новонародженим, управляти доглядом, проводити співбесіди з підлітками, інструкції з правильного харчування, щеплення (вакцинація та ревакцинація).

Ми відокремлюємо головні принципи, якими необхідно керуватися в діях з покращення здоров'я в педіатричній практиці, особливо для постраждалих ментально та фізично у період війни в Україні. Передусім це поліпшення умов повсякденного життя дітей які народились у період з 2014-2024 рр., подолання на глобальному, національному та місцевому рівнях війни, відновлення служби, надання додаткових коштів та ресурсів, а також підготовка кадрів у сфері соціальних детермінант здоров'я й підвищення інформованості суспільства щодо їх важливості.

Оновлення системи ГЗ у педіатричному аспекті потребує відповідних кадрових ресурсів. З цією метою передбачено реформування системи до – та

післядипломної підготовки працівників галузі. Зокрема впроваджується спеціальність та спеціалізація «Громадське здоров'я», в тому числі й в нашому університеті. Такі фахівці проводитимуть комплексну оцінку і моніторинг стану здоров'я дитячого населення, виявляти чинники, що визначають громадське здоров'я, розробляти й реалізувати заходи збереження та зміцнення здоров'я дітей і водночас оцінювати їх ефективність.

**Висновки.** Таким чином, передумовою зміцнення здоров'я дитячого населення є припинення війни, поліпшення політичного, соціального та економічного становища в державі, впровадження стратегії розумного керівництва, створення з одного боку умови для збереження здоров'я дітей, а з іншого – забезпечити справедливий і рівний доступ до якісної медичної допомоги. Всі ми родом з дитинства за всіма напрямками, необхідно це врахувати вітчизняним педіатрам, сімейним лікарям, медичним сестрам та викладачам-реформаторам. Важливим є забезпечення зв'язку системи ГЗ з первинною медичною ланкою через визначення пріоритетів та проведення спільних заходів. Реалізація функцій ГЗ має бути на національному рівні, нам потрібно об'єднати й оптимізувати всі, наявні під час війни, ресурси для виживання та відновлення.

#### **Список використаних джерел:**

1. Центр громадського здоров'я (НТГЕІ). URL: <https://phc.org.ua/pro-centr/ntgei>
2. Нечитайло Ю. М., Буряк О. Г. Здоров'я дітей та підлітків – основа здоров'я нації. Буковинський державний медичний університет. 2016. URL: <https://www.bsmu.edu.ua/blog/4349-zdorov-ya-ditey-ta-pidlitkiv-osnova-zdorov-ya-natsii/>
3. Громадське здоров'я в Україні: реалії, тенденції та перспективи: колективна монографія / за заг. ред. проф. Ждана В. М. та проф. Голованової І. А. Полтава: ТОВ «Фірма «Техсервіс», 2020. 279 с.

**Ігор ШПАЧИНСЬКИЙ,**  
кандидат філософських наук, доцент,  
доцент кафедри загальної підготовки  
ПВНЗ «Медико-Природничий Університет»

## **АКЦЕНТУАЦІЯ ВИКЛАДАННЯ ФІЛОСОФІЇ В КОНТЕКСТІ ПРОБЛЕМ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я СЬОГОДЕННЯ**

Давайте, як звичайно (по-філософськи), почнемо з аналізу визначень. Отже, як загалом відомо, «система громадського здоров'я – комплекс інструментів, процедур та заходів, що реалізуються державними та недержавними інституціями для зміцнення здоров'я населення, попередження захворювань, збільшення тривалості активного та працездатного віку та заохочення до здорового способу життя шляхом об'єднаних зусиль усього суспільства» [1]. Визначення філософії ми не наводимо, – не будемо множити трюїзми. Так яке ж місце філософії у справі вирішення проблем у вищеозначеній сфері? Відповідь, вважаємо, буде риторичною: безпосередня, нагальна та багатогранна. Ми зупинимось тільки на деяких, найбільш, на наш погляд, актуальних аспектах в контексті сьогодення, розглядаючи кожную складову філософського знання.

Відповідно, як вважається, перша і головна складова – онтологічна. Філософія, на наш погляд, може не лише підтримувати та активізувати великий людський двигун – допитливість, вона допомагає людині знайти сенс у своєму житті. Актуальність цієї складової полягає, насамперед, у справі профілактики і лікування такого поширеного (на жаль!) у нашому суспільстві сучасного явища як т.зв. ПТСР – посттравматичний стресовий розлад, одним із проявів якого, в свою чергу, є втрата довіри до людей, переконання, що світ небезпечний і, як наслідок, навіть втрата означеного сенсу життя і суїцидальні думки. Ще за часів Сократа загальноновизнано, що філософія немислима без діалогу. Власне «діалектика» в перекладі з грецької – веду бесіду, розмовляю. А у справі профілактики і лікування ПТСР одним з найголовніших засобів якраз і є спілкування віч-на-віч з кимось, хто піклується про вас, хто може

терпляче і спокійно вислухати і не засудить, коли ви захочете поговорити. Зазначимо також, що «десь близько» пролягає актуальність і т. зв. «аксіологічного» характеру філософських знань, який виявляється у допомозі людині визначити цінності і самоцінності життя, моральні принципи, гуманістичні ідеали загалом, щоб не «зачерствіти душею» на підставі переживання численних страждань і поневірянь, які зазнає людина в умовах війни.

Наступна складова філософського знання – гносеологічна. Філософія розвиває мислення, вміння мислити. Філософія вчить критичності, що виводить нас за рамки стереотипів і упереджень, які сковують свідомість людини. Зважаючи на те, що за визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я, під поняттям «здоров'я» слід розуміти «стан повного фізичного, душевного і соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб і фізичних дефектів» [2], то ця сторона філософії безпосередньо може бути пов'язана саме з благополуччям душевним. В умовах сучасної гібридної війни, на нашу думку, ця якість філософії буде основоположальною у справі аналізу інформації та виявлення фейків і відповідно досягненню впевненості та душевної рівноваги особистості.

І нарешті, розглянемо актуальність такої складової філософії, як її т.зв. «евристичність», або «вміння гармонізувати». Вивчення філософії – це ціла школа творчого мислення. Основним принципом евристики, як філософії творчості, є принцип «оберни шкоду на користь». Цей принцип знаходить своє втілення і підтвердження фактично в усіх сферах суспільного життя: в психології це т.зв. «психологічне айкідо», у техніці це т.зв. ТРВЗ (теорія рішення винахідницьких завдань), в архітектурі це дизайн, врешті-решт це є і основним принципом такої дуже позитивної людської якості, як оптимізм, який відображений у відомому прислів'ї «Не було б щастя, та нещастя допомогло». Достатньо задуматись над сутністю вислову «Чому все геніальне – просте?». Відтак, наостанок, ми хочемо навести притчу, яка найкращим чином

характеризує означену складову філософії і, зважаючи на її «виняткову всеохоплюваність і вичерпність» з цього боку, ми наведемо її повністю.

Отже, «Притча про моркву, яйце і каву».

«Жили в якийсь час такі собі дівчина з батьком. Одного разу приходять дівчина з роботи і каже:

– Тату, я втомилася, у мене таке важке життя, такі труднощі і проблеми, я весь час пливу проти течії, у мене немає більше сил... Що мені робити?

Батько замість відповіді поставив на вогонь три однакових каструлі з водою, в одну кинув моркву, в іншу поклав яйце, а в третю насипав каву.

Через деякий час він вийняв з води моркву і яйце і налив в чашку кави з третьої каструлі.

– Що змінилося? – запитав він у своєї дочки.

– Яйце і морква зварилися, а кава розчинилася у воді, – відповіла вона.

– Ні, доню, це лише поверхневий погляд на речі. Подивися – тверда морква, побувавши в окропі, стала м'якою і піддатливішою. Крихке і рідке яйце стало твердим. Зовні вони не змінилися, вони лише змінили свою структуру під впливом однакових несприятливих обставин – окропу.

Так і люди – сильні зовні можуть розклеїтися і стати слабаками там, де крихкі і ніжні затвердіють душею...

– А кава?, – запитала дочка.

– О! Це найцікавіше! Зерна кави повністю розчинилися в новому ворожому середовищі і змінили його – перетворили окріп в чудовий ароматний напій.

Є особливі люди, які не змінюються в силу обставин – вони змінюють самі обставини і перетворюють їх на щось нове і прекрасне, отримуючи користь і знання з ситуації...»

Тож, завершуючи, ми хочемо щиро усім побажати – тримати душевний спокій, критично сприймати інформацію і вміти «перетворювати» наші іноді такі несприятливі реалії сьогодення у «щось нове і добре», отримуючи при

цьому безумовну користь. Це і буде, вважаємо, з «точки зору філософії» «гарною і міцною запорукою» сталого громадського здоров'я нашого суспільства загалом і кожної особистості зокрема.

**Список використаних джерел:**

1. Громадське здоров'я. Вікіпедія: вільна енциклопедія. URL: [https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D1%80%D0%BE%D0%BC%D0%B0%D0%B4%D1%81%D1%8C%D0%BA%D0%B5\\_%D0%B7%D0%B4%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%B2%27%D1%8F](https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D1%80%D0%BE%D0%BC%D0%B0%D0%B4%D1%81%D1%8C%D0%BA%D0%B5_%D0%B7%D0%B4%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%B2%27%D1%8F)

2. Конституція Всесвітньої організації охорони здоров'я. World Health Organization. URL: <https://www.who.int/about/accountability/governance/constitution>



# ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я В СОЦІАЛЬНОМУ КОНТЕКСТІ СУЧАСНОСТІ

---

УДК 616-006.614.1

**Зюзін В.О.,**  
доктор медичних наук, професор  
Чорноморського національного  
університету імені Петра Могили  
**Савельєв А.О.,**  
аспірант Чорноморського національного  
університету імені Петра Могили

## **ЗАХВОРЮВАНІСТЬ НА ЗЛОЯКІСНІ НОВОУТВОРЕННЯ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ ТА СТАН ОРГАНІЗАЦІЇ ОНКОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ В УКРАЇНІ**

Моніторинг ураження населення України злоякісними новоутвореннями, який здійснюється мережею Національного концер-реєстру (НКР) дозволяє отримати достовірну інформацію про особливості розвитку цього процесу. Для визначення пріоритетів в організації онкологічної допомоги хворим на рак проведено дослідження онкоепідеміологічної ситуації та стану організації хворим на злоякісні новоутворення.

Виходячи з реалій, які зумовлені коронавірусною пандемією, особлива увага приділялась не тільки загальному рівню ураження населення України раком передміхурової залози, але й структурним віковим особливостям захворюваності і смертності від раку.

Найбільш виражені зміни стосуються структурних особливостей захворюваності на злоякісні новоутворення передміхурової залози, питома вага яких в структурі захворюваності чоловічого населення впродовж останніх трьох років зросла на 1,7% і досягла 12,4%.

В структурі смертності від раку чоловічого населення слід відзначити зростання питомої ваги злоякісних утворень передміхурової залози на 0,7%.

Рак передміхурової залози (РПЗ) характеризується найбільшим щорічним приростом захворюваності на 100 тисяч чоловічого населення. За оперативними даними НКР у 2020 році виявлено 6006 нових випадків РПЗ. Максимальних значень показник захворюваності досягає у вікових групах 70-74 та 80-84 роки, смертності – у групах віком 80-84 роки. Окремо слід звернути увагу на те, що починаючи з вікової категорії 50-54 роки до віку 70-74 років, у кожній старшій групі рівень захворюваності зростає у 2-3 рази і знижується лише у віці 85+ років. Як наслідок, ця патологія посідає друге місце в структурі захворюваності чоловічої популяції віком 55-74 років і перше місце у віковій групі 75+ років.

Діагностично-лікувальна допомога хворим на РПЗ в 2020 році характеризується високим рівнем занедбаності (30,1%) і летальності до року (14,4%). Суттєве перевищення загальноукраїнського рівня занедбаності зареєстровано у Вінницькій, Житомирській, Закарпатській, Полтавській, Тернопільській, Чернівецькій та Чернігівській областях, де величина показника перевищує 40,0%. Також виявлено, що у 14,2% хворих стадія не визначена, а у Одеській, Рівненській, Харківській областях та м. Київ таких випадків було 20,4-41,2%, тобто критерії призначення лікування таким хворим залишаються невідомими. Впродовж року від часу виявлення РПЗ у Вінницькій, Закарпатській, Рівненській, Чернівецькій та Чернігівській областях помирає 19,3-22,1% хворих. Рівень охоплення спеціальним лікуванням даної категорії хворих складає 72,1%, але у Дніпропетровській, Житомирській, Закарпатській, Запорізькій, Івано-Франківській, Одеській та Сумській областях значення цього показника перебуває в межах 26,7%-56,6%. Рівень морфологічної верифікації РПЗ пересічно по Україні досягає 89,1%, проте в окремих областях порівняння показників морфологічної верифікації та визначення стадії викликає питання. Наприклад, в Одеській області при 93,8% верифікованих діагнозів у 41,2% хворих не була визначена стадія хвороби, у Рівненській області морфологічно верифіковано 79,0% випадків РПЗ, але стадію не визначено у 55,0%, у м. Київ верифіковано 79,0% випадків, але у 28,2% хворих стадія не встановлена.

Активне виявлення хворих на РПЗ пересічно не перевищує 15,4%, а у Волинській, Дніпропетровській, Кіровоградській, Полтавській та Чернівецькій областях, не досягає 5,0%, що, перш за все, свідчить про самоусунення урологів від проведення заходів протиракової боротьби.

Неприпустимим є той факт, що не у всіх випадках здійснюється морфологічна верифікація і не завжди визначається стадія злоякісного новоутворення. В результаті такої недбалості віддалені результати лікування в Україні значно гірші, ніж у країнах Європи та США. Показник 5-річної виживаності хворих на рак передміхурової залози в Україні становить 54,1%, а в США-97,5%. Досвід економічно-розвинених країн показує, що при чіткій організації лікувально-діагностичного процесу можна досягти неабияких успіхів у наданні онкологічної допомоги населенню.

**Юлія СЕДЛЯР,**  
доктор політичних наук, доцент,  
професор кафедри міжнародних відносин та стратегічних студій  
Національного Авіаційного Університету

## **ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ МІЖНАРОДНИХ ЗБРОЙНИХ КОНФЛІКТІВ**

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) розглядає «Громадське здоров'я (Public health) як науку та практику попередження захворювань, збільшення тривалості життя і зміцнення здоров'я шляхом організованих зусиль усього суспільства» [1].

**Актуальність дослідження.** В сучасному світі здоров'я населення визнано однією з найбільших цінностей, необхідним компонентом соціально-економічного розвитку й процвітання будь-якої держави та запорукою її національної безпеки. Світова спільнота закликає спрямувати зусилля на вирішення проблем у сфері охорони/захисту громадського здоров'я.

Більшість народів, націй, держав та всього цивілізованого світу очікували і сприяли початку нової ери без протистояння, без війн та будь-яких збройних конфліктів. Закономірно сподіваючись, що з визнанням державами загальновизнаних принципів міжнародного права, включаючи принцип незастосування сили і погрози силою, це завдання буде виконано.

Однак світ не став безпечнішим ніж сотні років тому, хоча рівень освіченості і розвинутості людства зріс на декілька порядків. Отже, люди навчилися літати як птахи, плавати як риби, але окрема частина людства не засвоїла цінності мирного співіснування, не навчилася дотримуватися загальновизнаної юридичної заборони війн, застосування сили. Навіть вражаючі своїм цинізмом цифри кількості жертв воєн для такої окремої частини людства не стали переконливими у дотриманні миру. Практично протягом всієї історії цивілізації війна була однією з основних форм відносин між народами. За останні п'ять тисяч років відбулося близько 14 тисяч воєн, у яких загинуло понад 5 млрд. осіб. За 3400 років можна нарахувати тільки 250 років загального миру – це менш 1 % часу існування людства. XX і початок XXI століття не стали винятком. Саме у XX столітті відбулися дві найбільш руйнівні війни. Перша світова війна забрала з собою 10 млн. убитих і 21 млн. осіб, загиблих від голоду і хвороб. У Другій світовій війні загинуло понад 40 млн. осіб. [2]. У XXI столітті з 2014 року вторгнення РФ на територію України та збройна агресія призвели до численних людських жертв. В умовах воєнного стану Україні доводиться вибудовувати стратегію виживання та охорони/захисту громадського здоров'я одночасно.

Цей парадокс щодо мотивів і цінностей сучасних прибічників воєн і застосування сили очікує ґрунтовних досліджень філософів, психологів, юристів, політологів та, можливо, нової генерації науковців.

**Основний виклад матеріалу.** Очевидно, що сьогодні відсутній реальний міжнародний механізм, який би не допускав до виникнення збройних конфліктів. Тому свідома світова спільнота намагається враховувати цю

реальність міжнародного життя. І завдання не лише в тому, щоб протистояти такому явищу (що є нереальним сьогодні), а й регулювати його з метою забезпечення мінімальної людяності у цій нелюдській і незаконній проблемі міжнародних збройних конфліктів. Прогресивне людство неодноразово прагнуло дещо пом'якшити жахіття та зменшити руйнівні наслідки збройних конфліктів. Тобто захистити жертв цих конфліктів. Статус жертв війни як певної категорії осіб – дітей, жінок, поранених і хворих, військовополонених, цивільного населення – дає право на захист. [2]. Це право на захист носить не тільки юридичний, а й моральний характер, властивий всім цивілізованим суспільствам. Вагомий внесок у прискорення вирішення цього питання належить швейцарському громадському діячу, підприємцю і письменнику Анрі Дюнану (1828–1910). У Женеві 1864 р. підписали Конвенцію про покращення долі поранених на полі бою, яку прийнято вважати початком становлення договірного міжнародного гуманітарного права. Незважаючи на те, що вказаний документ вміщував усього 10 статей і його підписали 16 держав, він справив вагомий вплив на формування основ сучасного міжнародного гуманітарного права. Сучасне класичне міжнародне право з його підрозділом на право війни і право миру, і сучасне міжнародне право з міжнародним гуманітарним правом доводять можливість виникнення спочатку звичаєвих норм, а потім і норм міжнародних договорів, що обмежують насильство і руйнівну силу воєн. За своєю сутністю МГП у цілому, кожна його норма є компромісом між двома протилежностями: гуманністю і військовою необхідністю. Принцип військової необхідності допускає застосування сили в межах, необхідних для досягнення законної мети збройного конфлікту. Принцип гуманності забороняє заподіяння страждань і ушкоджень або заподіяння шкоди, які не є необхідними для досягнення законної мети збройного конфлікту[3]. Міжнародне гуманітарне право – це сукупність юридичних норм, які відображають у своїй сутності загальнолюдські норми моралі, які застосовуються під час збройних конфліктів. Міжнародне

гуманітарне право (МГП), яке також називають «правом війни» або «правом збройних конфліктів», встановлює детальні норми, які з гуманітарних міркувань спрямовані на обмеження наслідків збройних конфліктів. Воно захищає осіб, які не беруть або припинили брати участь у бойових діях, і встановлює обмеження на засоби і методи ведення війни. МГП – це універсальний збір норм. Воно складається з міжнародних договорів і звичаєвих норм, які спеціально призначені для вирішення гуманітарних проблем, що виникають безпосередньо внаслідок збройних конфліктів як міжнародного, так і не міжнародного характеру.

Основними міжнародними договорами в цій сфері є Женевські конвенції 1949 року та Додаткові протоколи до них 1977 та 2005 років: Женевські конвенції від 12 серпня 1949 р.; Женевська конвенція про поліпшення долі поранених і хворих у діючих арміях від 12 серпня 1949 р.; Женевська конвенція про поліпшення долі поранених, хворих і осіб, що зазнали корабельної аварії, зі складу збройних сил на морі від 12 серпня 1949 р.; Женевська конвенція про поводження з військовополоненими від 12 серпня 1949 р.; Женевська конвенція про захист цивільного населення під час війни від 12 серпня 1949 р.; додаткові протоколи до Женевських конвенцій від 12 серпня 1949 р.; додатковий протокол до Женевських конвенцій від 12 серпня 1949 р., що стосується захисту жертв міжнародних збройних конфліктів, від 8 червня 1977 р.; додатковий протокол до Женевських конвенцій від 12 серпня 1949 р., що стосується захисту жертв збройних конфліктів неміжнародного характеру, від 8 червня 1977 р.; додатковий протокол до Женевських конвенцій від 12 серпня 1949 р., що стосується прийняття додаткової відмітної емблеми, від 8 грудня 2005 р.; міжнародне гуманітарне право; Міжнародний Комітет Червоного Хреста. [3]. Отже, перелік вказаних документів певною мірою сприяє охороні життя осіб в умовах збройних конфліктів, що є базовою компонентою громадського здоров'я.

**Висновки.** Узагальнюючи дане дослідження громадського здоров'я в умовах міжнародних збройних конфліктів, дозволимо зробити наступні висновки:

1. В сучасному світі здоров'я населення визнано однією з найбільших цінностей, необхідним компонентом соціально-економічного розвитку й процвітання будь-якої держави та запорукою її національної безпеки.

2. Очевидно, що сьогодні відсутній реальний міжнародний механізм, який би не допускав до виникнення збройних конфліктів.

3. Прогресивне людство намагаючись пом'якшити жахіття та зменшити руйнівні наслідки збройних конфліктів, винайшло систему захисту жертв цих конфліктів – сучасне міжнародне право з міжнародним гуманітарним правом.

4. Статус жертв війни як певної категорії осіб – дітей, жінок, поранених і хворих, військовополонених, цивільного населення – дає право на захист. Це право на захист носить не тільки юридичний, а й моральний характер, властивий всім цивілізованим суспільствам.

5. Сучасне класичне міжнародне право з його підрозділом на право війни і право миру, і сучасне міжнародне право з міжнародним гуманітарним правом доводять можливість виникнення спочатку звичаєвих норм, а потім і норм міжнародних договорів, що обмежують насильство і руйнівну силу воєн.

6. Міжнародне гуманітарне право певною мірою сприяє збереженню життя осіб в умовах збройних конфліктів, що є базовою компонентою громадського здоров'я.

7. У ХХІ столітті з 2014 року вторгнення РФ на територію України та збройна агресія призвели до численних людських жертв. В умовах воєнного стану Україні доводиться вибудовувати стратегію виживання та охорони/захисту громадського здоров'я одночасно.

На противагу розгортанню міжнародних конфліктів у сучасному міжнародному праві неухильно зростає питома вага принципів і норм, орієнтованих на людину. Найбільш яскравим проявом цього є принципи і

норми міжнародного права прав людини і міжнародного гуманітарного права, що найбільшою мірою відображають загальну гуманітарну праволюдську сутність і розвиток гуманітарної правосвідомості в усьому світі. Ця тенденція оптимізує сподівання щодо покращення ресурсів громадського здоров'я в майбутньому.

#### **Список використаних джерел:**

1. Конституція Всесвітньої організації охорони здоров'я. World Health Organization. URL: <https://www.who.int/about/accountability/governance/constitution>
2. Репецький В., Малига В. Правовий статус медичного та духовного персоналу під час збройних конфліктів. *Вісник Львівського університету. Серія міжнародні відносини*. 2015. Випуск 37. Частина 2. С. 3–16.
3. Статут Організації Об'єднаних Націй. Міжнародне право в документах / за заг. ред. д.ю.н., проф. М. В. Буроменського. – 2-ге вид. Харків: Мачулін, 2006. 408 с.

**Вікторія КРАСНОЦОК,**  
здобувачка вищої освіти IV курсу  
спеціальності 223 Медсестринство  
ПВНЗ «Медико-Природничий Університет»

### **ЕФЕКТИВНІСТЬ ФІЗИЧНОЇ АКТИВНОСТІ ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ МІГРЕНІ**

**Актуальність дослідження.** Термін мігрень має грецьке походження і походить від слова *hemis*cranias, що означає половина голови. Це яскрава особливість захворювання, оскільки більшість людей відчують біль тільки в одній половині голови. Перші описи мігрени можна простежити майже 4000 років тому, від стародавніх цивілізацій Месопотамії (Шумер та Вавилон) до єгипетської, грецької та римської епох. У візантійській, арабській та середньовічній часи є лише уривчасті згадки до 17 століття, коли європейські лікарі вперше надали повні звіти про випадки захворювання [1].

Мігрень – хронічне, неврологічне захворювання, що характеризується сильними виснажливими нападами головного болю тривалістю від 4 до 72



годин і зазвичай супроводжується нудотою, блюванням, фонофобією чи фотофобією. Хоча мігрень розглядається як доброякісне неврологічне захворювання, вона пов'язана із значним зниженням якості життя пацієнтів. Під час тяжких нападів пацієнтам часто стає важко функціонувати, що може призвести до серйозних проблем вдома та на робочому місці. Якість життя суттєво погіршується в ті десятиліття, коли люди, як правило, найбільш продуктивні. Діагноз хронічної мігрені можна встановити пацієнтам, у яких у середньому >15 днів на місяць болить голова протягом  $\geq 3$  місяців, з яких не менше 8 днів на місяць спостерігаються ознаки мігрені [2].

У 2015 році дослідження глобального тягаря захворювань показало, що мігрень є сьомою за значимістю причиною втрати років через інвалідність у світі [3].

Поширеність мігрені становить від 2,6% до 21,7%, в середньому близько 16% і, вражає жінок більше, ніж чоловіків, у співвідношенні приблизно 3:1 [4]. Згідно зі звітом Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), щодня на один мільйон осіб населення відбувається 3000 нападів мігрені [5].

Незважаючи на те, що судинні, нейрогенні та нейрозапальні теорії сприяють опису складності патофізіології мігрені, етіологія захворювання досі не зрозуміла. Деякі автори відзначають, що мігрень характеризується підвищеною збудливістю нейронів і багато генетичних варіантів пов'язані зі схильністю до мігрені, що вказує на сильну генетичну основу [6].

Для діагностики мігрені не потрібно жодних спеціальних досліджень. Мігрень переважно діагностується виходячи з анамнезу. Однак методи візуалізації та аналізи крові можуть бути виконані, щоб виключити інші можливі причини головного болю. Крім того, слід провести медичний огляд для виявлення захворювань, що посилюють схильність людини до мігрені [7].

Основною метою лікування мігрені є підтримка високої якості життя пацієнта. Гострі напади мігрені лікують анальгетиками чи триптанами (агоністами серотоніну). Профілактичне лікування слід розглянути у разі

високої частоти нападів, поганої ефективності лікування нападів, побічних ефектів лікування або тривалих явищ аури. Профілактичне лікування може бути фармакологічним, нефармакологічним або їх комбінацією. З нефармакологічних стратегій: релаксація та управління стресом, акупунктура та фізична активність є методами, що отримали підтримку в дослідженнях [8]. Нефармакологічне лікування з використанням фізичної активності є варіантом для пацієнтів, які не бажають чи не реагують на фармакологічну профілактику, або мають непереносимість до ліків. Крім того, рекомендуються здоровий спосіб життя, відмова від куріння, здорове харчування, регулярний сон та зниження стресу.

Одним із ефективних варіантів лікування та профілактики мігрені може бути фізична активність, яка включає силові та аеробні тренування. Однак необхідно визначити цінність таких вправ для зниження тягаря мігрені та підвищення якості життя пацієнтів.

**Мігрень і фізична активність.** Регулярні фізичні вправи були запропоновані як метод лікування мігрені, що благотворно впливає як на частоту та інтенсивність, так і на тривалість нападів та самопочуття пацієнтів [9; 10]. Було показано, що регулярна фізична активність сприяє переведенню хронічної мігрені в епізодичну форму [11]. З іншого боку, головний біль може бути спровокована фізичними вправами [12], оскільки люди з мігренями мають нижчий рівень фізичної активності в порівнянні з людьми без головного болю [13] і більш низьку аеробну здатність, що вимірюється максимальною здатністю поглинання кисню ( $VO_2 \max$ ). Відтак, важкі фізичні навантаження і відсутність розминки можуть спровокувати напади мігрені.

**Силові тренування.** Силове тренування – форма періодичних вправ, при яких зовнішнє навантаження забезпечує прогресуюче перевантаження скелетних м'язів, щоб зробити їх сильнішими і часто призводять до гіпертрофії [15]. Зовнішнє навантаження виражається у відсотковому відношенні від

максимальної ваги, яку людина може підняти в конкретній вправі один раз (тобто один повторний максимум – 1ПМ).

Систематичний огляд 2022 року [16] показав, що у зниженні частоти мігрени, силові тренування показали найбільшу ефективність, за якою слідували аеробні вправи високої та помірної інтенсивності. Причиною того, що силові тренування посіли перше місце, може бути цілеспрямоване зміцнення та відновлення м'язів, особливо за участю основних м'язів шиї, плечей та верхніх кінцівок. Інша причина, через яку силові тренування перевершують аеробні вправи у зниженні тяжкості мігрени, може бути пов'язана з їх вищою здатністю збільшувати/зберігати м'язову масу і боротися з саркопенією (при цьому спалюючи жир) порівняно з аеробікою [17]. Відомо, що збільшення м'язової маси пов'язане зі зниженням частоти мігрени [18]. Більше того, було показано, що збільшення/збереження м'язової маси тіла бореться з центральною сенсibiliзацією при хронічних больових синдромах [19]. Це свідчить про те, що тип зниження ваги визначає ефективність фізичних вправ.

**Аеробні тренування.** Аеробні або серцево-судинні вправи – це форма рухів тіла, що підживлюється аеробними процесами вироблення енергії, при яких енергетичні потреби вправи не перевищують швидкість, з якою серцево-судинна система може постачати працюючі м'язи киснем [20].

Клінічна користь аеробних вправ при мігрени полягає в секреції ендорфінів у периферичній нервовій системі та зв'язуванні опіоїдних рецепторів головного мозку, що призводить до зниження відчуття болю [21]. Крім того, багатофакторна патофізіологія мігрени може включати аномальний енергетичний метаболізм опорно-рухового апарату/мозку, мітохондріальну дисфункцію [22] та запалення. Цей очевидний дозозалежний ефект аеробних вправ на мігрень може бути опосередкований поліпшенням мітохондріальної/кардіореспіраторної функції [23], а також протизапальними механізмами, пов'язаними з аеробними вправами.

Проведений нещодавно метааналіз показав значне скорочення кількості днів із мігренню після профілактики аеробними вправами. Також об'єднані дані показали невелике або помірне зниження тривалості нападів (20-27%) та інтенсивності болю (20-54%) після занять аеробними вправами [24].

Автори багатьох досліджень рекомендують інформувати пацієнтів з мігренню про те, що певний рівень загострення головного болю за фізичної активності є нормальним. Спалахи мігрени, пов'язані з фізичним навантаженням, слід розглядати як захисну стратегію. Тому найкращий спосіб впоратися з нападами мігрени, пов'язаними з фізичними вправами, – це використовувати стратегію темпу, щоб знайти золоту середину. Тут ключовим моментом є регулярність і не обов'язково обсяг чи інтенсивність вправ.

З практичної точки зору, в сукупності результати різних досліджень і пропонувані рекомендації що до фізичної активності для групи населення, які страждають на мігрень, відповідають поточним рекомендаціям Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) з фізичної активності [25]. Діючі рекомендації ВООЗ щодо фізичної активності для зміцнення здоров'я дорослих рекомендують щотижневу тривалість не менше 150 хвилин помірної аеробної фізичної активності та/або 75 хвилин високої (енергійної) аеробної фізичної активності або еквівалентну комбінацію. Крім того, необхідно додавати тренування з обтяженнями для всього тіла (заходи щодо зміцнення м'язів) з помірною або високою інтенсивністю два або більше днів на тиждень [25]. А також, нещодавні перехресні когортні дослідження показали, що люди, які відповідають рекомендаціям ВООЗ щодо фізичної активності, мають менший ризик розвитку мігрени [26].

**Висновки.** Регулярні фізичні вправи надають довгостроковий вплив на контроль мігрени. Спеціальна фізична активність у вільний час (наприклад, силові тренування у тренажерному залі, індивідуальні чи групові аеробні заняття ) пов'язана зі зменшенням тягаря мігрени і як наслідок підвищенням якості життя пацієнтів. А також оскільки, регулярні фізичні вправи засновані на

способі життя, вони не тільки допомагають зменшити напади мігрені, але також допомагають контролювати інші відомі супутні захворювання, такі як ожиріння, депресія та безсоння.

#### Список використаних джерел:

1. Rose F. C. The History of the Migraine Trust. *The Journal of Headache and Pain*. 2006. No 7(2).
2. Peng K.-P., May A. Redefining migraine phases – A suggestion based on clinical, physiological, and functional imaging evidence. *Cephalalgia*. 2020.
3. GBD 2015 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 2016.
4. Vetvik K. G., MacGregor E. A. Sex differences in the epidemiology, clinical features, and pathophysiology of migraine. *Lancet Neurol*. 2017.
5. World Health Organisation. Headache disorders. *Fact Sheet*. 2012.
6. Goadsby P. J., Holland P. R., Martins-Oliveira M., et al. Pathophysiology of migraine: a disorder of sensory processing. *Physiol Rev*. 2017.
7. Weatherall M. W. The diagnosis and treatment of chronic migraine. *Ther. Adv. Chronic Dis*. 2015.
8. Nicholson R. A., Buse D. C., Andrasik F., et al. Nonpharmacologic treatments for migraine and tension-type headache: how to choose and when to use *Curr Treat Options Neurol*. 2011.
9. Narin S.O., Pinar L., Erbas D., Ozturk V., Idiman F. The effects of exercise and exercise-related changes in blood nitric oxide level on migraine headache. *Clin Rehabil* 2003.
10. Koseoglu E., Akboyraz A., Soyuer A., Ersoy A.O. Aerobic exercise and plasma beta endorphin levels in patients with migrainous headache without aura. *Cephalalgia*. 2003.
11. Seok J. I., Cho H. I., Chung C. S. From transformed migraine to episodic migraine: reversion factors. *Headache*. 2006. No 46(7).
12. Kelman L. The triggers or precipitants of the acute migraine attack. *Cephalalgia*. 2007.
13. Varkey E, Hagen K, Zwart JA, et al. Physical activity and headache: results from the Nord-Trøndelag health study (HUNT). *Cephalalgia*. 2008. No 28(12).
14. Nordlander E, Cider A, Carlsson J, Linde M. Improvement of exercise capacity in patients with migraine-methodological considerations. *Cephalalgia*. 2007.
15. Phillips S. M., Winett R. A. Uncomplicated resistance training and health-related outcomes: evidence for a public health mandate. *Curr Sports Med Rep*. 2010. No 9:208–13.
16. Headache J. Pain. 2022. No 23(1).

17. Beavers K. M., Ambrosius W.T., Rejeski W.J., et al. Effect of exercise type during intentional weight loss on body composition in older adults with obesity. *Obesity (Silver Spring)* 2017. No 25(11).
18. Caverni C.N., da Costa A.T., Simioni C.G., Fukue R.R., Tengan C.H., Villa T. R. Evaluation of body composition in patients with migraine on prophylactic treatment with topiramate. *Heliyon*. 2021. No 7(4).
19. Imai R., Imaoka M., Nakao H., et al. Association between chronic pain with presarcopenia and central sensitization in Japanese community-dwelling older adults: A cross-sectional study. *Medicine*. 2022. No 101(32).
20. McArdle WD KK. Exercise physiology: Nutrition, energy, and human performance. 2010. p. Chapter 21.
21. Misra U. K., Kalita J., Tripathi G. M., Bhoi S. K. Is  $\beta$  endorphin related to migraine headache and its relief? *Cephalalgia*. 2013. No 33(5). pp. 316–322.
22. Gross E. C., Lisicki M., Fischer D., Sandor P. S., Schoenen J. The metabolic face of migraine – from pathophysiology to treatment. *Nat Rev Neurol*. 2019. No 15(11).
23. Hanssen H., Minghetti A., Magon S., et al. Superior effects of high-intensity interval training vs. moderate continuous training on arterial stiffness in episodic migraine: A randomized controlled trial. *Front Physiol*. 2017.No 8:1086.
24. *Headache Pain*. 2019. No 20(1). pp. 16.
25. WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Geneva: World Health Organization; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
26. Oliveira A. B., Peres MFP, Mercante JPP, Molina MDCB, Lotufo PA, Benseñor I. M, Goulart A. C. Physical activity pattern and migraine according to aura symptoms in the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil) cohort: A cross-sectional study. *Headache*. 2022. No 62(8).

**Катерина МАЙГУР,**  
викладач кафедри психології  
ПВНЗ «Медико-Природничий Університет»

## ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я В СОЦІАЛЬНОМУ КОНТЕКСТІ СУЧАСНОСТІ

Фундаментальна потреба в захисті та безпеці притаманна кожній людині, як це закріплено в міжнародних принципах прав людини. Права людини є універсальними та невідчужуваними, охоплюючи право на життя, свободу та особисту недоторканність. Учасники міжнародних наукових семінарів підкресливали, що захист прав і свобод людини є першочерговим обов'язком держави, наголошували на важливості захисту людини від шкоди та

забезпечення її добробуту. Це включає не лише фізичну безпеку, але й психічне здоров'я та загальне благополуччя, що підкреслює цілісний характер ініціатив щодо захисту. Державний суверенітет несе відповідальність за захист людей, причому основний обов'язок захисту людей покладається на саму державу.

Створення безпечного середовища для всіх людей має важливе значення для забезпечення їх захисту та благополуччя. Це охоплює різні аспекти, зокрема:

- Здійснення заходів безпеки в навчальних закладах.
- Забезпечення засобами індивідуального захисту.
- Моніторинг ризиків насильства серед дітей та молоді.
- Забезпечення систем пожежної безпеки на об'єктах.
- Пропаганда безпечних практик щодо запобігання задухи, отруєння, опіків, утоплення та падінь.

Розглядаючи ці критичні сфери та встановлюючи превентивні заходи, громади можуть значно внести свій внесок у захист людей від шкоди та створення безпечного середовища для всіх.

Запобігання ризикам і небезпекам відіграє вирішальну роль у захисті людей від шкоди та забезпеченні їх безпеки. Зусилля щодо запобігання таким інцидентам, як удушення, отруєння, опіки, утоплення та падіння, є життєво важливими для захисту вразливих груп населення, особливо дітей. Крім того, виховання культури готовності та реагування на надзвичайні ситуації має важливе значення для своєчасного та ефективного захисту людей і навколишнього середовища. Такі фактори, як місцезнаходження та час, можуть впливати на рівень індивідуального ризику, що вимагає спеціальних профілактичних заходів для пом'якшення потенційної небезпеки. Активно беручи участь у заходах із запобігання та реагування, люди можуть підвищити свою безпеку та зробити внесок у колективний добробут суспільства.

**Стратегії захисту людей у різних ситуаціях.** Впровадження заходів безпеки в громадських місцях має вирішальне значення для захисту людей у

різних ситуаціях. Однією з важливих стратегій є активація систем, які сповіщають людей про потенційні небезпеки, такі як пожежі, та забезпечення плавної евакуації людей відповідно до встановлених планів евакуації. Активно вирішуючи питання безпеки в громадських місцях, таких як торгові центри, парки та транспортні вузли, громади можуть значно зменшити ризики, пов'язані з надзвичайними ситуаціями та нещасними випадками. Крім того, сприяння обізнаності та освіти щодо протоколів безпеки в громадських місцях може дати людям змогу ефективно реагувати на кризу, ще більше підвищуючи загальну безпеку та захист.

Забезпечення належної безпеки в житлових районах відіграє життєво важливу роль у захисті людей у їхньому повсякденному житті. Це включає такі заходи, як встановлення та обслуговування пожежної сигналізації, захист вікон і дверей, а також усунення потенційних небезпек у сусідстві. Залучення громади та програми спостереження за сусідами також можуть сприяти підвищенню безпеки в житлових районах шляхом виховання почуття спільної відповідальності за безпеку та добробут. Встановлюючи культуру безпеки в житлових громадах, мешканці можуть відчувати себе більш захищеними та краще підготовленими до вирішення надзвичайних ситуацій, які можуть виникнути, тим самим покращуючи загальний захист окремих осіб і сімей.

Підтримання безпеки на робочому місці має важливе значення для захисту працівників і сприяння продуктивному робочому середовищу. Роботодавці зобов'язані впроваджувати протоколи техніки безпеки, проводити необхідне навчання та забезпечувати дотримання правил охорони праці. Віддаючи пріоритет безпеці в робочому середовищі, організації можуть зменшити ризик нещасних випадків на виробництві, травм і професійних ризиків, зрештою забезпечуючи благополуччя своєї робочої сили. Крім того, виховання культури безпеки на роботі може підвищити моральний дух співробітників, продуктивність і загальну задоволеність роботою, підкреслюючи важливість створення безпечного робочого місця для всіх.



**Співпраця та залучення громади до захисту людей.** Побудова міцних стосунків із суспільством має важливе значення для отримання підтримки ініціатив, спрямованих на щоденний захист людей. Розвиваючи довіру, відкрите спілкування та співпрацю з членами громади, місцеві органи влади та організації можуть створити мережу підтримки, яка підвищує безпеку та добробут. Такий підхід не тільки зміцнює стійкість громади, але й заохочує активну участь у програмах та ініціативах, пов'язаних з безпекою. Деякі ключові моменти, які слід враховувати в цьому контексті, включають:

- Налагодження регулярних каналів спілкування з членами громади.
- Організація громадських заходів та зустрічей для обговорення питань безпеки.
- Заохочення відгуків і пропозицій від спільноти щодо заходів безпеки.
- Надання можливостей членам громади брати активну участь у процесах прийняття рішень, пов'язаних із безпекою.

Відаючи пріоритет стосункам із громадою, органи влади можуть створити сприятливе середовище, де люди відчуватимуть себе вповноваженими робити внесок у захист свого району та співмешканців.

Мобілізуючи волонтерів і членів громади для моніторингу та повідомлення про підозрілу діяльність, ці програми служать додатковим рівнем захисту для місцевих жителів. Крім того, залучення мешканців до ініціатив, спрямованих на захист їхніх громад, допомагає розвинути почуття власності та відповідальності за безпеку. Основні стратегії сприяння участі в програмах спостереження за сусідами включають:

- Забезпечення навчання методам спостереження та звітності.
- Організація громадських патрулів та інформаційних кампаній.
- Визнання та нагородження активних учасників за їхній внесок.
- Співпраця з місцевими правоохоронними органами для забезпечення ефективної координації та підтримки.

Завдяки активній участі, члени громади можуть відігравати важливу роль у захисті свого оточення та сприянні культурі пильності та солідарності.

Підвищення обізнаності та освіти щодо особистої безпеки має вирішальне значення для надання людям можливості захищати себе та інших. Надаючи інформацію про заходи безпеки, протоколи реагування на надзвичайні ситуації та стратегії зменшення ризиків, громади можуть озброїти мешканців знаннями та навичками, необхідними для ефективного реагування на різні загрози та виклики. Деякі ключові аспекти, які необхідно розглянути в освітніх ініціативах безпеки, включають:

- Сприяння правової обізнаності та участі громадян у заходах громадської безпеки.
- Проведення інструктажів з особистої безпеки та прийомів самозахисту.
- Організація семінарів з кібербезпеки, протипожежної безпеки та надання першої допомоги.
- Співпраця зі школами, громадськими центрами та місцевою владою для інтеграції навчання безпеки у формальні та неформальні умови навчання.

Інвестуючи в програми підвищення обізнаності та освіти, громади можуть надати людям можливість приймати обґрунтовані рішення, захистити себе від шкоди та зробити внесок у колективну безпеку та благополуччя суспільства.

**Дмитро ПАЛЄВ,**  
здобувач вищої освіти III курсу  
спеціальності 053 Психологія  
ПВНЗ «Медико-Природничий Університет»

## **ДЕТЕРМІНАЦІЯ ОСОБИСТІСНОГО ТИПУ СТИЛЕМ СІМЕЙНОГО ВИХОВАННЯ: АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕНЬ**

**Постановка проблеми.** Актуальність дослідження з впливу типу сімейного виховання на формування психологічного типу особистості є важливою у зв'язку з постійною зміною суспільно-економічних умов, які

впливають на сімейні структури та психологічний розвиток індивідів. Особливо в контексті сучасного світу, де спостерігаються тенденції до різноманітних форм сімейного життя та виховання, вивчення впливу таких факторів на формування особистості є актуальним завданням для психологічної науки. Розуміння ролі сімейного середовища у становленні психологічних характеристик особистості сприятиме розробці ефективних підходів до психологічного супроводу сімей та індивідуального розвитку особистості.

**Метою дослідження** є висвітлити питання побудови досліджень, що пов'язані з детермінацією особистісного типу та типу сімейного виховання.

**Виклад основного матеріалу.** Загальний огляд ключових відкриттів та тенденцій у сфері дослідження впливу сімейного виховання на формування психологічного типу особистості дозволяє зрозуміти різноманітні аспекти цього процесу, який включає в себе взаємодію і вплив різних факторів сімейного оточення на психологічний розвиток дитини. Проведення огляду наукових досліджень показує, що сімейний клімат впливає на формування особистості через різноманітні механізми, включаючи стиль виховання, рольові моделі, комунікацію та психологічну підтримку. Впливає на формування особистості через різноманітні механізми, включаючи стиль виховання, рольові моделі, комунікацію та психологічну підтримку. Наприклад, дослідження свідчать про те, що демократичний стиль виховання сприяє розвитку самооцінки та самовизначення, тоді як авторитарний стиль може призвести до формування низької самооцінки та конфліктів у стосунках з іншими. Крім того, роботи у галузі вивчення сімейного виховання показують, що сімейні цінності та переконання грають важливу роль у формуванні психологічних рис особистості. Наприклад, якщо в сім'ї підтримуються цінності толерантності та емпатії, то ймовірно, що дитина буде вирости з розвиненим емоційним інтелектом та здатністю до співпереживання. Також, дослідження також показують, що стосунки між батьками та дітьми можуть впливати на самооцінку та відчуття психологічного комфорту у дитини. Наприклад,

конфліктні або невдоволені стосунки можуть призвести до низької самооцінки та відчуття неспроможності. Важливо розглянути вплив сімейних ролей на самоідентифікацію та самовизначення особистості. Наприклад, дослідження показують, що відповідальність за різні ролі в сім'ї може сприяти розвитку самоствердження та самореалізації. Отже, огляд попередніх досліджень у галузі впливу сімейного виховання на формування психологічного типу особистості дозволяє зрозуміти різноманітні аспекти цього процесу та визначити прогалини у нашому розумінні цього явища, що можуть бути об'єктом подальших наукових досліджень.

**Висновки.** Взаємозв'язок між типами сімейного виховання та психологічними типами особистості є складною проблемою, яка вивчається у соціальній психології та розвитковій психології. Різні типи сімейного виховання можуть мати значний вплив на формування психологічних типів особистості у дітей та підлітків. Ось кілька можливих аспектів цього взаємозв'язку [12]: авторитарне виховання і типи особистості: Діти, які виховуються в авторитарних сім'ях, можуть проявляти більшу підкореність, боязливість, агресивність або пасивність. Вони можуть мати низьку самооцінку та проблеми зі становленням ініціативності; демократичне виховання і типи особистості: Діти, які виростають у демократичних сім'ях, зазвичай мають більшу впевненість у собі, розвиненіші комунікативні навички та більш позитивну самооцінку. Вони можуть бути більш самостійними та мають більше можливостей для розвитку своїх інтересів та здібностей; пермісивне виховання і типи особистості: Діти, які отримують пермісивне виховання, можуть мати проблеми з самоконтролем, бути менш відповідальними та більш вразливими до стресу. Вони також можуть виявляти більшу недисциплінованість та низький рівень внутрішньої мотивації.

Становлення особистості в умовах різних стилів сімейного виховання: Деякі дослідження також показують, що діти можуть адаптуватися до різних стилів виховання у своїх сім'ях, і їхні психологічні типи особистості можуть

бути досить різними в залежності від індивідуальних особливостей, контекстуальних факторів та підтримки, яку вони отримують з боку інших сфер їхнього життя, таких як школа, друзі, суспільство і так далі. Дослідження впливу сімейного виховання на формування психологічного типу особистості вимагає комплексного підходу та ретельного аналізу різних факторів, що впливають на розвиток особистості.

**Олександр ПОЛОВИК**

кандидат медичних наук, доцент  
доцент кафедри медсестринства і громадського здоров'я  
ПВНЗ «Медико-Природничий Університет»

**Михайло КОПТЕВ**

кандидат медичних наук, доцент,  
доцент кафедри клінічної анатомії і оперативної хірургії  
ВДНЗ Полтавський державний медичний університет

## **ВИКОРИСТАННЯ СИМУЛЯЦІЙНОГО НАВЧАННЯ ПРИ ВІДПРАЦЮВАННІ ПРАКТИЧНИХ НАВИЧОК З ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ХІРУРГІЇ**

**Вступ.** Головним моментом освоєння будь-якої дисципліни є його практична спрямованість. Застосування сучасних технологій освоєння і вдосконалення практичних навичок у фаховій підготовці медичних працівників є основним завданням для забезпечення їх якісної професійної підготовки [1-3]. Тому широкого використання набули симуляційні технології, які мають цінне значення в клінічній практиці, а застосування їх в навчальному процесі відкриває нові можливості підготовки кваліфікованих фахівців [4].

**Основна частина.** Головна мета й необхідність симуляційної форми навчання полягає у можливості більш повно і реалістично моделювати об'єкт у певній ситуації, отримати необхідні теоретичні і практичні знання та відпрацювати конкретні навички не завдаючи шкоди здоров'ю людини.

Багато лікарів-практиків констатують, що у деяких клінічних випадках їм бракує впевненості, тому використання симуляційної форми навчання вбачається актуальним для кращого оволодіння практичними навичками та професійними вміннями.

Так, на практичних заняттях із клінічних хірургічних дисциплін, при розгляді питань лапароскопічної хірургії, частину функцій викладача може перебрати на себе спеціальний манекен-тренажер. Манекен, який і навчає, і екзаменує. Навчаючись у такий спосіб, майбутній лікар чи фахівець, який опановує нові навички, не боїтиметься припускатися помилок, відпрацьовуватиме техніку і водночас відчуватиме ступінь своєї відповідальності за результат надання медичної допомоги.

До того ж це позитивно впливає на організацію самого навчального процесу. На клінічних кафедрах не доводитиметься чекати, доки в клініці з'явиться «потрібний пацієнт», у будь-який час можна змодельовати складний випадок і повторити його стільки разів, скільки потрібно для набуття необхідного рівня компетентності фахівця [5].

В деяких навчальних закладах ініціюються створення на кафедрах кабінетів симуляційного навчання з лапароскопічної хірургії, що обладнані тренажерним комплексом – манекеном-симулятором дорослого пацієнта для відпрацювання базових навичок і проведення ендоскопічних лапароскопічних операцій. Цей комплекс складається з модуля для постановки інструментів, блоку персонального комп'ютера та системи відеофіксації і передачі зворотнього зображення в реальному часі на монітор. Може використовуватись із будь-яким комп'ютером або ноутбуком. Є можливість працювати з вологими препаратами або зі спеціально підготовленими штучними матеріалами. Хірургічні компоненти тренажеру: два порти доступу (один ліворуч та один праворуч в нижньобочкових ділянках живота); маніпулятори, голкотримачі, ножиці, кліп-аплікатори, кліпси, лігатурні петлі, датчики (камери) з

відеопідтримкою та світлодіодною лампою, які автоматично відслідковують і документують дії учасників.

Студент, який вперше бере до рук лапароскопічний інструмент, відчуває значні труднощі в координації рухів інструментами. А ще й особливість двовимірного зображення на моніторі викликає у студента-хірурга дисонанс. Тому доцільно починати заняття із тренувань координації рухів і адаптації візуального аналізатора до зображення на моніторі.

Після відпрацювання основних технічних навичок на манекені-симуляторі переходять до виконання оперативних втручань на тренажері з використанням внутрішніх органів, розміщених всередині тренажера.

Нами було проведено дослідження ефективності відпрацювання студентами навичок із використання манекена-тренажера. Для цього ми порівняли успішність виконання навчальних холецистектомій між двома групами студентів – практичної, яка уже проходила тренінг на манекені, і теоретичної, яка мала тільки теоретичну підготовку. Обидві групи не мали попередньої практики з клінічної ендокхірургії.

Групи були допущені до самостійного виконання нескладних лапароскопічних холецистектомій. На манекені-тренажері представники кожної із двох груп виконували по 7-10 оперативних втручань, які були зняті на відео. Ці відеозаписи були марковані і передані для оцінки експертам (досвідченим хірургам). Оцінка проводилася на предмет кількості допущених неточностей та помилок на етапах операції. До помилок належали ушкодження жовчного міхура, сечової протоки, навколишніх тканин, виведення браншів інструмента поза поля зору, невірна ретракція, кліпсування неналежних структур.

У групі, яка попередньо проходила навчання на тренажері, було допущено від 25 до 30 помилок за одну операцію, у теоретичній групі – від 50 до 120 помилок.

**Висновок.** Проведене дослідження вказує на перевагу використання тренажера-симулятора в навчальному процесі, що в 2,5 рази знижує кількість

помилки, які допускають хірурги-початківці при виконанні перших ендоскопічних операцій. Адже, основоположним моментом у досягненні нашої спільної мети є покращення навчального процесу, а отже результатів лікування.

#### **Список використаних джерел:**

1. Артьоменко В. В., Семченко С. С., Єгоренко О. С. та ін. Симуляційне навчання в медицині: міжнародний та вітчизняний досвід. *Одеський медичний журнал*. 2015. № 6. С. 67–74. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Omj\\_2015\\_6\\_16](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Omj_2015_6_16)
2. Білаш С. М., Проніна О. М., Коптев М. М. Сучасні аспекти вивчення клінічної анатомії і оперативної хірургії. *Актуальні проблеми сучасної вищої медичної освіти в Україні: матеріали навчально-наукової конференції з міжнародною участю* (м. Полтава, 21 березня 2019 р.). Полтава, 2019. С. 18–20.
3. Проніна О. М., Білаш С. М., Коптев М. М. та ін. Роль предмету клінічної анатомії та оперативної хірургії у сучасній системі підготовки студентів-медиків. Індивідуальна анатомічна мінливість органів та структур організмів в отогенезі: матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю, присвячена 60-річчю від дня народження професора Ю.Т.Ахтемійчука (м. Чернівці, 13-15 вересня 2018 р.). Чернівці, 2018. С. 155–158.
4. Корда М. М., Шульгай А. Г., Гудима А. А. та ін. Організація симуляційного навчання у ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України». *Сучасні підходи до вищої медичної освіти в Україні: матеріали XIV Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю, присвяченої 60-річчю ТДМУ*. (м. Тернопіль, 18-19 травня 2017 р.). Т. І. Тернопіль, 2017. С. 15–18.
5. Толстанов О. Симуляційні технології – майбутнє медичної освіти. URL: <http://www.vz.kiev.ua/symulyatsijni-tehnologiyi-majbutnye-medychnoyi-osvity/>



# БАЛАНС ЗДОРОВ'Я МОВОЮ МЕДИЧНОЇ СТАТИСТИКИ

---

**Оксана БАЛАНСЬКА,**  
начальник, лікар з організації охорони здоров'я вищої категорії  
КНП «Миколаївський обласний інформаційно-аналітичний  
центр медичної статистики» МОР,  
заслужений працівник галузі охорони здоров'я України

## МЕДИЧНА СТАТИСТИКА У ІСТОРИЧНОМУ КОНТЕКСТІ

**Проблема.** Медична статистика є важливим інструментом для аналізу та покращення стану здоров'я населення. Проте, для розуміння її сучасного значення, необхідно розглянути історичний розвиток статистичної практики, яка виникла ще за часів древніх цивілізацій та зазнала значних змін протягом століть.

### Виклад основного матеріалу.

1. Початки статистичної практики. Перші опубліковані статистичні дані датуються часом виникнення держав, зокрема глиняні таблички Шумерського царства (III-II тисячоліття до н.е.).

В Англії у 16 сторіччі з'явилися перші згадки про реєстрацію випадків смерті, що стало початком медичної статистики.

### 2. Розвиток медичної статистики.

У 17 сторіччі італійський лікар Санторіо у своїй праці «De statica medicina» (1614) використав статистичні методи для встановлення норми та патології розвитку організму.

Термін «статистика» був запропонований німецьким вченим Готфрідом Ахенвалем у 1746 році.

### 3. Медична статистика в Україні.

У 1922 – 1923 роках були розроблені єдині форми звітності дільничного лікаря.

У 1933 році створено «Українське науково-дослідне бюро санітарної статистики» в системі Наркомздорів'я УРСР.

З 1992 року після прийняття Закону України «Про державну статистику» розпочалося функціонування медичної статистичної звітності. Медична статистична звітність включає в себе понад 50 звітних форм, які обов'язково затверджені наказами МОЗ України.

Форми також поділяються на державні та галузеві.

Державні статистичні форми зареєстровані в Міністерстві юстиції України та погоджені з Держкомстатом України.

Періодичність медичної статистики визначається різними факторами, включаючи мету дослідження, тип зібраних даних та вимоги до звітності.

Основні типи періодичності: квартальна, піврічна, річна.

Центри медичної статистики здійснюють організацію прийому державних та галузевих статистичних звітів від установ та закладів охорони здоров'я, незалежно від організаційно-правової форми та фізичних осіб – підприємців та подання до державної установи «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України» зведених статистичних звітів.

Медична статистика охоплює весь перелік медичних послуг.

З 2020 року розпочалася нова сторінка в історії системи охорони здоров'я – медичні заклади перестали отримувати державне фінансування, яке враховувало кількість ліжок в стаціонарах лікарень. Національна служба здоров'я України почала сплачувати медичним установам за надану медичну послугу відповідно до укладених з нею (НСЗУ) договорів. Щоб отримати фінансування, медичні заклади (лікарні та первина мережа де працюють сімейні лікарі) вносять до електронної системи охорони здоров'я (ЕСОЗ) за допомогою медичних інформаційних систем данні щодо кожного пролікованого хворого. Таким чином формується ще один потік статистичної інформації. Частина цієї інформації (деперсоналізовану, обрану відповідно до

актуальних питань, яке НСЗУ бажає оприлюднити), ми можемо побачити на дашбордах НСЗУ.

Існування 2 паралельних систем статистичної звітності в одній системі (маючи на увазі систему МОЗ) є певною мірою парадоксальним, не дуже вдалим ресурсним рішенням і має розглядатися як тимчасова ситуація на шляху приведення звітності у єдину автоматизовану систему.

4. Сучасна медична статистика. Включає збирання, обробку, аналіз та інтерпретацію кількісних даних про здоров'я населення.

Основні аспекти: планування та управління охороною здоров'я, моніторинг та оцінка програм охорони здоров'я, дослідження та розробка нових методів лікування, епідеміологічний контроль.

**Висновки.** Медична статистика пройшла довгий шлях від глиняних табличок Шумерського царства до сучасних методів аналізу даних. Вона є невід'ємною частиною системи охорони здоров'я, яка дозволяє ефективно планувати та розподіляти ресурси, оцінювати програми охорони здоров'я, розробляти нові методи лікування та контролювати епідемії, формувати потребу у фахівцях галузі охорони здоров'я. Інтеграція новітніх технологій, таких як електронні медичні картки та алгоритми машинного навчання, відкриває нові горизонти для медичної статистики, роблячи її ще більш потужним інструментом для покращення стану здоров'я населення.

#### **Список використаних джерел:**

1. Програмні тестові питання з соціальної медицини та охорони здоров'я / за заг. ред. Ю. В. Вороненка. Київ, 1997.
2. Біостатистика: підручник / за заг. ред. В. Ф. Москаленко. Київ: «Книга плюс», 2009. 184 с.
3. Літнарів Р. М. Побудова і дослідження математичної моделі за джерелами експериментальних даних методами регресійного аналізу: навч. посіб. Рівне: МЕРУ, 2011. 140 с.
4. Єрошкіна Т. В. Медична статистика: методичні вказівки до практичних занять. Дніпропетровськ: РВВ ДНУ, 2014. 34 с.
5. Вороненко Ю. В., Москаленко В. Ф. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я. Тернопіль: Укрмедкнига, 2000.

6. Рахманов О. А., Бульбенюк С. С., Манелюк Ю. М. Історія соціології: навч. посіб. у 2х кн. Київ: КНЕУ, 2017. 297 с.
7. Двойрин В. В. Какие публикации заслуживают доверия практического врача. *Международный журнал медицинской практики*. 1997. №1. С. 17–20.
8. Романюк Л. М. Сучасний стан системи медико-статистичної інформації в Україні. *Вісн. соц. гіг. та орг. ОЗ України*. 2002. № 1. С. 48–49.
9. Медична статистика: веб-сайт. URL: <https://v.gd/nmD76d>
10. Голованова І. А., Белікова І. В., Ляхова Н. О. Основи медичної статистики: навч. посіб. для аспірантів та клінічних ординаторів. ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія». 2017 113 с. URL: <https://repository.pdmu.edu.ua/server/api/core/bitstreams/46d328a4-5ced-4abe-b854-fd090b2af960/content>

**Олена ГУРІНА,**  
доктор економічних наук, доцент,  
професор кафедри економіки, менеджменту та фінансів  
Миколаївського національного університету  
імені В.О. Сухомлинського

### **ЗНАЧЕННЯ СТАТИСТИЧНОГО ОЦІНЮВАННЯ ІНТЕГРАЛЬНОГО ПОКАЗНИКА «БАЛАНС ЗДОРОВ'Я» В УМОВАХ ВІЙСЬКОВИХ КОНФЛІКТІВ**

**Постановка проблеми.** Військові конфлікти суттєво впливають на всі аспекти здоров'я населення. Вони призводять до зростання смертності, захворюваності, а також до психологічних та соціальних проблем. Для об'єктивної оцінки «балансу здоров'я» в умовах військових конфліктів використовуються різні статистичні методи та показники, які дозволяють комплексно аналізувати вплив війни на здоров'я населення.

**Основні результати дослідження.** Баланс здоров'я – це інтегральний показник, що відображає стан фізичного, психічного та соціального благополуччя людини. В медичній статистиці цей показник використовується для оцінки загального рівня здоров'я населення та ефективності медичних втручань. Використання комплексного підходу та сучасних статистичних методів дозволяє отримати об'єктивні та надійні результати, які сприятимуть покращенню здоров'я населення та підвищенню якості життя.

До статистичних показників здоров'я відносяться:

- морбідність (захворюваність) – кількість нових випадків захворювань у певній популяції за визначений період;
- мортальність (смертність) – кількість смертей у певній популяції за визначений період;
- інвалідність – кількість осіб з інвалідністю у певній популяції, враховуючи причини та ступінь інвалідності.

Статистична оцінка балансу здоров'я передбачає використання методів розрахунку коефіцієнтів захворюваності і смертності та аналізу структурних показників – співвідношення захворювань, причин смерті та інших показників для визначення основних проблем здоров'я у популяції.

Для аналізу даних під час визначення показника «баланс здоров'я» використовують найбільш поширені статистичні методи, а саме:

- кореляційний аналіз – для визначення причинно-наслідкового зв'язку між різними показниками;
- регресійний аналіз – для оцінки впливу окремих факторів на інтегральний показник;
- факторний аналіз – для визначення основних факторів, що впливають на баланс здоров'я.

Найбільш поширеними інтегральними показниками здоров'я є:

- очікувана тривалість життя (ОТЖ) – середня кількість років, яку очікується прожити людині, виходячи з поточних умов смертності;
- очікувана тривалість здорового життя (ОТЗЖ) – середня кількість років, яку людина проживе без серйозних захворювань та інвалідності;
- Індекс людського розвитку (ІЛР) – показник, що включає очікувану тривалість життя, рівень освіти та валовий національний дохід на душу населення.

Соціально-економічні детермінанти здоров'я включають аналіз впливу соціальних, економічних та екологічних факторів на здоров'я населення і

враховують нерівності в доступі до медичних послуг, освіти та інших ресурсів, що впливають на здоров'я.

Показники та інструменти медичної статистики широко використовуються під час прийняття управлінських рішень у сучасному менеджменті. Зокрема, значене місце відводиться плануванню та оцінці ефективності медичних програм та політик.

Порівняльний аналіз показників здоров'я різних регіонів, країн та соціально-економічних груп є важливим для розуміння рівня та якості охорони здоров'я в різних контекстах. Це дозволяє виявити патерни та тенденції у галузі медицини, визначити пріоритети у розробці програм та стратегій здоров'я в різних регіонах, а також сприяти обміну кращими практиками та робити здоров'я більш доступним та ефективним для всіх.

Профілактика та промоція здоров'я – це комплекс заходів, спрямованих на збереження та покращення здоров'я людини. Він включає в себе правильне харчування, фізичну активність, психологічний комфорт, регулярні медичні огляди та профілактичні вакцинації. Профілактика дозволяє уникнути багатьох захворювань та зберегти оптимальний рівень здоров'я. Помітну роль в цьому відіграє інформаційна робота та популяризація здорового способу життя.

Профілактика та промоція здоров'я – це окрема складова статистичної оцінки «балансу здоров'я», яка передбачає розробку та впровадження програм з профілактики захворювань на основі аналізу статистичних даних і оцінку ефективності профілактичних заходів та їх впливу на загальний баланс здоров'я населення.

Викликами під час розрахунку інтегрального показника «баланс здоров'я» є проблеми збору та інтерпретації медичних статистичних даних, включаючи питання репрезентативності та точності; використання сучасних інформаційних технологій для поліпшення якості даних та їх аналізу.

Військові конфлікти мають значний негативний вплив на «баланс здоров'я» населення. Статистична оцінка цього впливу дозволяє ідентифікувати

основні проблеми та вразливі групи, що потребують допомоги. Використання об'єктивних статистичних методів та показників є критично важливим для розробки ефективних стратегій у сфері охорони здоров'я та гуманітарної допомоги. Дані статистики слугують основою для прийняття рішень, спрямованих на мінімізацію шкоди та відновлення здоров'я населення у післявоєнний період.

Результати статистичної оцінки «балансу здоров'я» під час війни вказують на:

- зміни рівня смертності та захворюваності серед цивільного населення та військових;
- зміни показників рівня захворюваності на інфекційні хвороби через погіршення санітарних умов;
- зростання кількості випадків ПТСР, депресії та тривожних розладів;
- підвищення рівня самогубств та насильства у суспільстві;
- зниження рівня життя, збільшення безробіття та бідності;
- вимушене переселення та його негативний вплив на здоров'я переселенців;
- зниження доступності та якості медичних послуг через руйнування медичної інфраструктури та дефіцит ресурсів.

Результати статистичного аналізу інтерпретуються в різних площинах, зокрема, у визначенні основних проблем – проводиться ідентифікація найбільш значущих проблем здоров'я в умовах військового конфлікту; під час аналізу вразливих груп С здійснюється оцінка впливу війни на різні соціальні групи (діти, жінки, люди похилого віку); в процесі географічного аналізу – визначаються регіони із найбільшою захворюваністю та смертністю.

Отримані статистичні дані використовуються керівниками медичних та соціальних установ та відомств як підґрунтя для прийняття рішень в окремих управлінських задачах:

- при плануванні медичних інтервенцій: розробці та впровадженні програм медичної допомоги та підтримки;
- при реалізації соціальних програм: забезпечення житлом, роботою та соціальною підтримкою постраждалих;
- при поширенні профілактичних заходів: програм вакцинації, санітарних заходів, підтримки психічного здоров'я.

**Висновки.** Отже, «баланс здоров'я» є важливим показником, який відображає стан здоров'я населення та ефективність медичних заходів. Використання медичної статистики дозволяє здійснювати об'єктивний аналіз та приймати обґрунтовані рішення у сфері охорони здоров'я. Ефективне використання статистичних даних сприятиме покращенню здоров'я населення та підвищенню якості життя.

#### **Список використаної літератури:**

1. Murray, C. J. L., & Lopez, A. D. (1996). *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 University Press.
2. Гребняк М. П., Таранов В. В., Федорченко Р. А. Сучасна динаміка здоров'я населення України у глобальному вимірі. *Довкілля та здоров'я*. 2018. № 3(88). С. 27–33. DOI:10.32402/dovkil2018.03.027.



## РЕГЛАМЕНТ БЕЗПЕКИ ДЛЯ ЗДОРОВ'Я І ЖИТТЯ ЛЮДИНИ

---

**Зоя ДМИТРІЄВА,**  
фахівець із захисту міжнародної організації ФНІ 360

### **МІЖНАРОДНІ ПРОГРАМИ ЗАПОБІГАННЯ ТА ПРОТИДІЇ ПОТРАПЛЯННЯ УКРАЇНЦІВ У ЧИСЛО ЖЕРТВ ТОРГІВЛІ ЛЮДЬМИ**

**Гендерно зумовлене насильство** – насильство, що вчиняється стосовно особи через її гендер, гендерну ідентичність чи гендерне самовираження або стосується переважно осіб певної статі.

Першим офіційним документом, де надається загальне визначення дій, що можуть бути кваліфіковані як гендерно зумовлене насильство, є Декларація ООН стосовно викорінення насильства щодо жінок (1993). Декларація пропонує розподіл усіх видів насильства за трьома категоріями:

- ті, що вчинюються в сім'ї: фізичне, статеве і психологічне насильство, нанесення побоїв, статеве примушування стосовно дівчаток; насильство, пов'язане з приданим, зґвалтування дружини чоловіком, ушкодження жіночих статевих органів, традиційні види практики, що завдають шкоди жінкам; позашлюбне насильство, насильство, пов'язане з експлуатацією;

- ті, що вчинюються в суспільстві в цілому: фізичне, статеве і психологічне насильство, зґвалтування, статеве примушування, статеве домагання і залякування на роботі, у навчальних закладах та в інших місцях; торгівля жінками, примус до проституції;

- фізичне, статеве і психологічне насильство з боку або при потуранні держави, де б воно не відбувалося.

Торгівля людьми є тяжким злочином, що грубо порушує права людини. Жодна країна світу не має імунітету до торгівлі людьми і Україна не є винятком.

15 листопада 2000 р. Комісія з прав людини ООН визначила торгівлю людьми як сучасну форму рабства.

Генеральна Асамблея ООН прийняла резолюцію 55/25, яка містить Протокол про попередження та припинення торгівлі людьми, особливо жінками і дітьми, та покарання за неї, який доповнює Конвенцію ООН проти транснаціональної організованої злочинності. У цьому документі вперше дається міжнародне визначення поняття «торгівля людьми»:

Торгівля людьми – це здійснювані з метою експлуатації вербування, переміщення, передача, переховування або одержання людей шляхом загрози силою чи її застосування або інших форм примусу, викрадення, шахрайства, обману, зловживання владою або уразливістю положення, або шляхом підкупу, у вигляді платежів чи вигод, для одержання згоди особи, яка контролює іншу особу. Експлуатація включає, як мінімум, експлуатацію проституції інших осіб або інші форми сексуальної експлуатації, примусову працю або послуги, рабство або звичаї, подібні з рабством, підневільний стан або вилучення органів (стаття 3(а) Протоколу про попередження і припинення торгівлі людьми, особливо жінками й дітьми, і покарання за неї).

Основні аспекти розвитку державної політики у сфері протидії торгівлі людьми:

1991 – Ратифікація Конвенції ООН про права дитини;

1998 – Криміналізація злочину торгівлі людьми в Україні (ст. 149 ККУ);

2004 – Ратифікація Протоколу про попередження і припинення торгівлі людьми, особливо жінками і дітьми, і покарання за неї, що доповнює Конвенцію ООН проти транснаціональної організованої злочинності;

2010 – Ратифікація Конвенції РЄ про заходи щодо протидії торгівлі людьми»;

2011 – прийняття Закону України «Про протидію торгівлі людьми»;

2012 – Ратифікація Конвенції Ради Європи про захист дітей від сексуальної експлуатації і сексуального насильства (Лансаротська Конвенція).

За даними США, щороку в рабство потрапляють 600-800 тис. Осіб.

За оцінками Центру безпеки людини, цей показник значно більший і дорівнює 4 млн.

Згідно з дослідженнями Міжнародної Організації Праці, близько 12,3 млн. людей у світі займаються примусовою працею, в т.ч. 2.4 мільйони – в результаті торгівлі людьми.

За даними ЮНІСЕФ, жертвами торговців людьми щороку стають 1,2 млн. Дітей.

За даними ООН, людей продають у рабство в 127 країнах світу.

В 11 держав відмічений «дуже високий» рівень активності викрадачів людей, серед них – Росія, Україна, Білорусь, Молдова і Литва.

Щороку в Україні, Білорусії, Болгарії, Молдові, Румунії до тенет работоргівців потрапляє близько 225 тис. людей. При цьому Україна є лідером Східної Європи за кількістю постраждалих.

Україна виступає одночасно і як країна призначення (в основному, з країн СНД і Азії), і як країна походження і транзиту (до Західної Європи, Японії, США, Австралії, Ізраїлю й ін.).

Основні причини потрапляння в ситуації торгівлі людьми:

- бідність, привабливість «кращого» життя за кордоном;
- безробіття;
- організована злочинність, незахищеність від неї;
- насильство проти жінок та дітей, дискримінація;
- кризові ситуації у країні, збройні конфлікти та ін.

Україна знаходиться у стані війни – ризики потрапляння наших громадян у ситуації торгівлі людьми стрімко збільшуються. Наші громадяни шукають заробітку за кордоном, не знаючи законів іноземних держав, правил офіційного працевлаштування у країні призначення, легко погоджуються на заманливі пропозиції злочинців і не свідомо стають «живим» товаром.

Виявлення постраждалих осіб необхідно для:

- забезпечення доступу постраждалих до допомоги;
- захисту постраждалих;
- протидії торгівлі людьми;
- безпеки суспільства;
- переслідування та покарання злочинців.

У чому полягає складність виявлення постраждалих осіб:

- забезпечення доступу постраждалих до допомоги;
- захисту постраждалих;
- протидії торгівлі людьми;
- безпеки суспільства;
- переслідування та покарання злочинців.

Найбільш вразливими до торгівлі людьми категоріями населення є:

- жінки у віці 18-26 років, у першу чергу незаміжні (вразливі до сексуальної експлуатації);
- чоловіки у віці 25-60 років, у першу чергу одружені (вразливі до трудової експлуатації);
- діти у віці 13-18 років, у першу чергу дівчатка з неповних та реструктурованих сімей (коли один із батьків нерідний).

Трафікери застосовують безліч тактик для вербування молоді:

- використання уразливого стану;
- використання позиції влади чи належності до сім'ї;
- вербування однолітків/однокурсників потенційних постраждалих, які потім стають вербувальниками на користь головного злочинця;
- обман, маніпуляція чи шантаж;
- обіцянка фінансового забезпечення, можливості купувати дорогі речі, одяг тощо;
- романтичні стосунки;
- цікаві пропозиції працевлаштування з хорошими умовами та заробітною платою, від яких складно відмовитися;

- пропозиції сезонного працевлаштування в іншій області/країні;
- пропозиція великих грошей за продаж органу/частини органу (нирки/печінки).

Варто зауважити, що продаж органів заборонено в Україні та більшості країн світу.

Торгівля людьми має різні види, серед яких примусова праця, рабство, звичаї подібні до рабства, сексуальна експлуатація, використання у порнобізнесі, примусова вагітність, вилучення органів, проведення дослідів над людиною, використання у жебрацтві, втягнення в злочинну діяльність, використання у збройних конфліктах, усиновлення (удочеріння) з метою наживи, продаж дитини.

Явище торгівлі людьми все ще є великою проблемою сьогодення, тому необхідно знати, які суб'єкти працюють в сфері протидії торгівлі людьми та надають допомогу постраждалим, для того щоб оперативно скерувати постраждалих для отримання комплексної допомоги.

Починаючи з 2012 року, за поданням відповідальних осіб органів виконавчої влади Миколаївської області 86 громадянам України та 1 іноземцю встановлено статус особи, яка постраждала від торгівлі людьми, серед яких 34 жінки, 44 чоловіки та 1 дитина:

- 29 випадків втягнення у злочинну діяльність, трудова експлуатація;
- 13 випадків сексуальної експлуатації;
- 23 випадки використання в збройних конфліктах;
- 9 випадків трудової експлуатації;
- 6 випадків використання в порнобізнесі;
- 5 випадків примушування до жебракування;
- 1 випадок вилучення органів.

Відповідно до Закону України «Про протидію торгівлі людьми» особи, які постраждали від торгівлі людьми, мають право на таку підтримку:

- правову;

- психологічну;
- соціальну;
- матеріальну;
- відновлення документів;
- сприяння у працевлаштуванні;
- медичне обстеження та лікування.

**Вікторія КРАСНОЩОК,**  
здобувачка вищої освіти IV курсу  
спеціальності 223 Медсестринство  
ПВНЗ «Медико-Природничий Університет»

## **ОЖИРІННЯ – КРИТИЧНИЙ ФАКТОР РИЗИКУ ТЯЖКОГО ПРОГНОЗУ COVID-19**

*«Якщо у тебе великий живіт, тобі треба вважати  
себе інвалідом доти, доки ти не станеш худим»  
Ібн Раджаб Аль Ханбалі*

**Актуальність дослідження.** Ожиріння являє собою хронічне захворювання пандемічного масштабу, що швидко росте, з нинішньою глобальною поширеністю 39%, складна патофізіологія якого характеризується надмірною гіпертрофією та гіперплазією жирової тканини внаслідок хронічного незбалансованого енергетичного стану.

У період з 1975 по 2016 рік поширеність ожиріння в усьому світі збільшилася в 3 рази: у 2016 році 13% дорослих страждали на ожиріння, а 39% мали надмірну вагу. Якщо ця тенденція збережеться, за оцінками, у 2030 році 38% населення у всьому світі матимуть надмірну вагу, а 20% страждатимуть на ожиріння [1].

Ожиріння визначається як занадто велика маса тіла, порівняно зі зростанням. ВООЗ виділяє три групи: клас I (ІМТ 30,0–34,9 кг/м<sup>2</sup>), клас II (35,0–39,9 кг/м<sup>2</sup>; тяжке ожиріння) та клас III (ІМТ >40,0 кг/м<sup>2</sup>; морбідне ожиріння).

Останнім часом ми зіткнулися зі сплеском пандемії коронавірусної хвороби 2019 року (COVID-19), що стрімко розвивалася: на кінець травня 2021 року було зареєстровано майже 170 мільйонів підтверджених випадків захворювання і майже 3,5 мільйона підтверджених випадків смерті [ВООЗ].

Пандемія коронавірусного захворювання призвела до того, що в усьому світі розпочалися дослідницькі зусилля щодо виявлення суб'єктів з підвищеним ризиком розвитку захворювання: загальне ожиріння продемонструвало сильну кореляцію з критичним захворюванням та серйозністю проявів COVID-19.

У світі було опубліковано безліч серій випадків, що повідомляють про зв'язок індексу маси тіла (ІМТ) з тяжкими випадками COVID-19 [2-5].

ІМТ  $\geq 30$  кг/м<sup>2</sup> був присутній у 47,5% пацієнтів з тяжкою формою COVID-19 у французькому центрі, незалежно від віку, діабету чи гіпертонії [2].

Гао та колеги описали збільшення ризику тяжкого перебігу COVID-19 на 12% на кожну одиницю збільшення ІМТ [3].

У Сполучених Штатах Америки, де 40% дорослих страждають на ожиріння, дослідники провели перехресний аналіз 4103 пацієнтів з лабораторним підтвердженням SARS-COV-2 та дійшли висновку, що ІМТ  $> 40$  кг/м<sup>2</sup> є сильним предиктором госпіталізації зі відношенням шансів 6,2 [4].

Більш висока внутрішньолікарняна смертність була незалежно пов'язана з ІМТ  $\geq 35$  кг/м<sup>2</sup>, а також між чоловічою статтю та віком [5]. Шкідлива зворотна кореляція спостерігалася в ретроспективному аналізі між ІМТ та віком, в якому ожиріння описувалося як фактор ризику у осіб віком до 60 років [6; 7].

Можливий зв'язок між тяжкістю захворювання COVID-19 та ожирінням інтригує медичне та наукове співтовариство.

Коронавіруси опосередковують свою патогенну дію імунозалежними механізмами. Клітинна інфекція призводить до цитопатичних ефектів, таких як лізис клітин та апоптоз. Вірусний комплекс, що утворюється в процесі реплікації, призводить до руйнування комплексів Гольджі, що призводить до руйнування клітин [8; 9].

Надмірна вага та ожиріння пов'язані з дисфункцією імунної системи, хронічним системним запаленням, інсулінорезистентністю, структурними та функціональними порушеннями легень, серця та ендотелію, протромботичними порушеннями, а також дисфункцією печінки та нирок. Усі ці відхилення підвищують ризик розвитку тяжкої форми COVID-19 [10].

Примітно, що типове первинне посилення запальної реакції при ожирінні може бути фактором, що сприяє гіперзапальному стану, що спостерігається при тяжкому перебігу COVID-19. Крім того, жирова тканина була ідентифікована як потенційна мета та резервуар вірусу через підвищену експресію Ангіотензинперетворюючого ферменту 2-ACE2 [11].

Серед пацієнтів з ожирінням описано виникнення імунологічної дисфункції з більшою схильністю до інфекції та смертністю від сепсису [12].

Відомо, що накопичення жиру, переважно ектопічного, сприяє розвитку запалення жирової тканини. Це відбувається через виникнення запального стану із вищим рівнем запальних цитокінів, таких як ІЛ-6, ІЛ-8. Адаптивний імунітет також страждає при ожирінні.

Пацієнти з ожирінням піддаються більш високому ризику розвитку серйозних легневих ускладнень при COVID-19, таких як велика ймовірність необхідності кисневої терапії, інтубації та штучної вентиляції легень [13], а також вищої внутрішньолікарняної смертності, що відбувається у багатьох країнах світу. 88,1% з тих, кому знадобилася штучна вентиляція легень [14].

Підвищений ризик тяжкого перебігу COVID-19 у людей з ожирінням пов'язаний з комплексом структурних, запальних, макро- та мікроциркуляторних факторів, а також складнішим стаціонарним лікуванням. Ектопічне накопичення жиру в грудних та діафрагмальних м'язах може призвести до зниження м'язової функції, зменшення розширення грудної клітки та збільшення дихальних зусиль, що, у свою чергу, погіршує газообмін та призводить до подальшої дихальної дисфункції [15].



Схоже, що пацієнти з високим ІМТ – крім того, що їм загрожує найгірший клінічний прогноз – насправді заразніші з погляду поширення вірусу чи інфекції в цілому. Як згадувалося раніше, імунна відповідь людини з ожирінням порушена, частково через зниження або затримку вироблення інтерферону. Ця затримка дозволяє вірусу виробляти нові потенційно мутантні штами за допомогою реплікації РНК, що ускладнює створення потужної імунної відповіді. Більш того, жирова тканина може виступати як резервуар для багатьох вірусів і, можливо, для COVID-19, [16] в той час як пацієнти з ожирінням можуть містити віруси в своєму організмі протягом трохи більш тривалого часу, тим самим продовжуючи період зараження [17]. Крім того, дослідження показали, що вірусне навантаження у повітрі, що видихається, у суб'єктів з ожирінням і грипом може бути вищим через збільшення обсягу вентиляції, що дозволяє припустити, що ці суб'єкти можуть легше поширювати патогени [18].

Фактори людини, такі як вік, стать, вагітність та імунний анамнез, відіграють важливу роль в ефективності вірусної вакцини [19]. Ожиріння також впливає на цю ефективність; у дорослих з ожирінням ризик розвитку грипу або грипopodobних захворювань після розвитку ефективної імунної відповіді на цю тривалентну вакцину проти грипу вдвічі вищий (відповідно 9,8% порівняно з 5,1%) [20]. Вважається, що нижча ефективність вакцини проти грипу обумовлена поганою функцією Т-клітин. У людей з ожирінням активація цитотоксичних Т-клітин через мононуклеарні клітини периферичної крові знижується, а експресія функціональних маркерів, знижується [21]. Таким чином, ці результати показують, що розвитку ефективної імунної відповіді недостатньо для забезпечення довгострокового захисту людей з ожирінням.

Дані, що накопичуються, показують, що суб'єкти з підвищеним ІМТ схильні до дефіциту вітаміну D (1,35 в порівнянні з суб'єктами з ІМТ менше 25 кг/м<sup>2</sup>). [22-24]. Недостатність вітаміну D пов'язана з порушенням імунних

реакцій і може впливати на смертність у відділеннях інтенсивної терапії; в даний час це оцінюється на пацієнтах із COVID-19 [25; 26].

Дані, зібрані на ранній стадії пандемії, показали, що нижчі рівні 25-гідроксिवітаміну D у сироватці були пов'язані з більш високим ризиком госпіталізації у відділення інтенсивної терапії через захворювання, пов'язані з COVID-19 [27]. Ретельний аналіз даних Біобанку Великобританії з використанням історичних рівнів вітаміну D, зібраних за багато років до спалаху COVID-19, також показав зв'язок між рівнями вітаміну D та інфекцією COVID-19 [28; 29].

**Висновки.** Ожиріння сприяє механізмам, що застосовуються як до вродженого імунітету, так і до розвитку інфекції, що може частково пояснити, чому пацієнти з ожирінням більш схильні страждати від респіраторних інфекцій у контексті COVID-19. Необхідні майбутні дослідження, що оцінюють роль цитокінів та адипокінів, пов'язаних з ожирінням, включаючи лептин та адипонектин, для виявлення потенційно залучених загальних патофізіологічних шляхів, які можуть пояснити вже встановлені епідеміологічні зв'язки на молекулярному рівні. Найкраще розуміння цих шляхів може зрештою стати основою для розробки стратегій та методів лікування COVID-19.

Суб'єкти з ожирінням схильні до дефіциту вітаміну D; заохочення заміни вітаміну D у людей з ожирінням у зимовий період може бути розумним, нешкідливим та недорогим підходом до боротьби з COVID-19.

Кумулятивна захворюваність людей з надмірною вагою/ожирінням та людей похилого віку є критичною проблемою в усьому світі. Спосіб життя, глікемічний контроль та регулювання ренін-ангіотензин-альдостеронового шляху мають важливі наслідки для профілактики та ведення пацієнтів з COVID-19.

#### **Список використаних джерел:**

1. Kelly T., Yang W., Chen C.S., Reynolds K., He J. Global burden of obesity in 2005 and projections to 2030. *Int J Obes.* 2008. No 32(9).

2. Simonnet A., Chetboun M., Poissy J., Raverdy V., Noulette J., Duhamel A., et al. High Prevalence of Obesity in Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus-2 (SARS-CoV-2) Requiring Invasive Mechanical Ventilation. *Obesity*. 2020. No 28.
3. Gao F., Zheng K. I., Wang X-B, Sun Q-F, Pan K-H, Wang T-Y, et al. Obesity Is a Risk Factor for Greater COVID-19 Severity. *Diabetes Care*. 2020. No 43(7).
4. Petrilli C. M., Jones S. A., Yang J., Rajagopalan H., O'Donnell L., Chernyak Y., et al. Factors associated with hospital admission and critical illness among 5279 people with coronavirus disease 2019 in New York City: prospective cohort study. *BMJ*. 2020.
5. Palaiodimos L., Kokkinidis D.G., Li W., Karamanis D., Ognibene J., Arora S., et al. Severe obesity, increasing age and male sex are independently associated with worse in-hospital outcomes, and higher in-hospital mortality, in a cohort of patients with COVID-19 in the Bronx, New York. *Metabolism*. 2020.
6. Lighter J., Phillips M., Hochman S., Sterling S., Johnson D., Francois F., et al. Obesity in Patients Younger Than 60 Years Is a Risk Factor for COVID-19 Hospital Admission. *Clin Infect Dis*. 2020. No 71.
7. Kass D., Duggal P., Cingolani O. Obesity could shift severe COVID-19 disease to younger ages. *Lancet*. 2020. No 395.
8. Li F. Receptor Recognition Mechanisms of Coronaviruses: a Decade of Structural Studies. Goff SP. *J Virol*. 2015. No 89(4).
9. Raj S., Chandel V., Rathi B., Kumar D. Understanding the Molecular Mechanism(s) of SARS-CoV2 Infection and Propagation in Human to Discover Potential Preventive and Therapeutic Approach. *Coronaviruses*. 2020. No 1.
10. Ryan P. M., Caplice N. M. Is Adipose Tissue a Reservoir for Viral Spread, Immune Activation, and Cytokine Amplification in Coronavirus Disease 2019. *Obesity*. 2020. No 28.
11. Kruglikov I. L., Scherer P. E. The Role of Adipocytes and Adipocyte-Like Cells in the Severity of COVID-19 Infections. *Obesity*. 2020. No 28.
12. Ellulu M.S., Patimah I., Khaza'ai H., Rahmat A., Abed Y. Obesity and inflammation: the linking mechanism and the complications. *Arch Med Sci*. 2017. No 4.
13. Cummings M., Baldwin M., Abrams D., Jacobson S., Meyer B., Balough E. et al. Epidemiology, clinical course, and outcomes of critically ill adults with COVID-19 in New York City: a prospective cohort study. *Lancet*. 2020.
14. Richardson S., Hirsch J.S., Narasimhan M., Crawford J.M., McGinn T., Davidson K.W., et al. Presenting Characteristics, Comorbidities, and Outcomes Among 5700 Patients Hospitalized With COVID-19 in the New York City Area. *JAMA*. 2020.
15. Melo L. C., Silva MAM da, Calles A.C. do N. Obesity and lung function: a systematic review. *Einstein (São Paulo)* 2014. No 12.

16. Kassir R. Risk of COVID-19 for patients with obesity. *Obes Rev.* 2020. No 21.
17. Maier H. E., Lopez R., Sanchez N., et al. Obesity increases the duration of influenza a virus shedding in adults. *J Infect Dis.* 2018. No 218.
18. Yan J., Grantham M., Pantelic J., et al. Infectious virus in exhaled breath of symptomatic seasonal influenza cases from a college community. *Proc Natl Acad Sci.* 2018. No 115.
19. Dhakal S., Klein S. L. Host factors impact vaccine efficacy: implications for seasonal and universal influenza vaccine programs. 2019. No 93(21).
20. Neidich S. D., Green W. D., Rebeles J., Karlsson E. A., Schultz-Cherry S., Noah T. L., Chakladar S., Hudgens M. G., Weir S. S., Beck M. A. Increased risk of influenza among vaccinated adults who are obese. *Int J Obes.* 2017. No 41.
21. Sheridan P. A., Paich H. A., Handy J., Karlsson E. A., Hudgens M. G., Sammon A. B., Holland L. A., Weir S., Noah T.L., Beck M. A. Obesity is associated with impaired immune response to influenza vaccination in humans. *Int J Obes.* 2012. No 36.
22. Mallard S. R., Howe A. S., Houghton L. A. Vitamin D status and weight loss: a systematic review and meta-analysis of randomized and nonrandomized controlled weight-loss trials. *Am J Clin Nutr.* 2016. No 104.
23. Pereira-Santos M, Costa P. R., Assis A. M., Santos C. A., Santos D. B. Obesity and vitamin D deficiency: a systematic review and meta-analysis. *Obes Rev.* 2015. No16.
24. Calton E. K., Keane K. N., Newsholme P., Soares M. J. The impact of Vitamin D levels on inflammatory status: a systematic review of immune cell studies. *PLoS One.* 2015.
25. Marazuela M., Giustina A., Puig-Domingo M. Endocrine and metabolic aspects of the COVID-19 pandemic. *Rev Endocr Metab Disord.* 2020 No 1-13.
26. Mitchell F. Vitamin-D and COVID-19: do deficient risk a poorer outcome? *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2020. No 8.
27. Panagiotou G., Tee S. A., Ihsan Y, et al. Low serum 25-hydroxyvitamin D (25[OH]D) levels in patients hospitalized with COVID-19 are associated with greater disease severity. *Clinical Endocrinology.* 2020. No 93.
28. Hastie C. E., Mackay D.F., Ho F., et al. Vitamin D concentrations and COVID-19 infection in UKbiobank. *Diabetes Metab Syndr.* 2020. No 14.
29. Hastie C. E., Mackay D. F., Ho F., et al. Corrigendum to "Vitamin D concentrations and COVID-19 infection in Ukbiobank". *Diabetes Metabol Syndr: Clin Res Rev* 2020. No 14.

**Ірина ПАРАЩАК,**  
здобувачка вищої освіти III курсу  
спеціальності 053 Психологія  
ПВНЗ «Медико-Природничий Університет»

## **ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ДЕВІАНТНОЇ ПОВЕДІНКИ В ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ**

**Постановка проблеми.** Сучасний підліток живе в світі, складному за своїм змістом і тенденціями соціалізації. Це пов'язано з темпом і ритмом технологічних перетворень, з великим потоком неконтрольованої інформації, з екологічною і економічною кризами та психотравмуючими умовами воєнного стану. Все це викликає у дітей відчуття безнадійності і роздратування. Найбільш гостро цей процес виявляється в підлітковому віці. Змінюється характер відносин зі старшими: з позиції підкорення підліток намагається перейти в позицію рівності. Не отримуючи достатньої уваги в сім'ї підлітки закидають навчання, віддають вільний час вулиці та залучається до таких форм поведінки, як хуліганства, крадіжки, биття, угону автомашин, наркоманія, сексуальні девіації і інше. Інтенсивне зростання кількості осіб з девіантною свідомістю і поведінкою підлітків справедливо віднесене до однієї з найбільш небезпечних соціальних хвороб сучасного суспільства.

**Виклад основного матеріалу.** Метою даного дослідження було вивчення особливостей розвитку девіантної поведінки в підлітковому віці. Дослідження проводилось на початку 2024 року. Респонденти – підлітки віком 13-15 років. Всього у дослідженні взяло участь 20 осіб.

У даній роботі використовується психологічне тестування кожного з досліджуваних окремо, за допомогою методик, що визначають схильність до різних видів залежності, загальний рівень схильності до залежностей та надають інформацію про наявність в досвіді індивіда деструктивних конфліктів, в стадії ескалації яких до нього застосовувалось фізичне або психологічне насилля, що могло призводити до фрустрації, психотравм та глибинного почуття сорому.

Опитувальник розроблений співробітниками Університету м. Брісбан, Австралія під керівництвом професорів М. Дунна і Б. Макфарлена в 2006 році за підтримки міжнародного товариства що до запобігання насильства і жорстокого поводження з дітьми (ISPCAN).

Обробка даних, отриманих в ході дослідження із застосуванням опитувальника ICAST-C, являє собою кількісно-якісний аналіз. Для кількісної інтерпретації отриманих результатів необхідно підрахувати суму балів за кожною шкалою опитувальника у відповідності з ключем (табл. 1).

Таблиця 1

## Ключ до методики ICAST-C

Найменування шкали	Питання	Бали	Максимальна кількість балів за шкалою
Шкала 1. Фізичне та психологічне насильство	D1-D17	1 бал за кожную відповідь «так», 0 балів за відповіді «ні», «Не можу згадати »	30
Шкала 2. Недбале ставлення	N1-N7	1 бал за кожную відповідь «так», 0 балів за відповіді «ні», «Не можу згадати »	7
Шкала 3. Безпечність місця проживання	O1-O3	1 бал за кожную відповідь «так», 0 балів за відповіді «ні», «Не можу згадати »	3
Шкала 4.: Сексуальне насильство	O4-O8	1 бал за кожную відповідь «так», 0 балів за відповіді «ні», «Не можу згадати »	5

За підсумками отриманих значень, можна зробити висновок про факт насильства (1 і більше сумарних балів за шкалою), про види пережитого насильства, а також про частоту їх зустрічальності у конкретного учасника дослідження або за всіма учасниками дослідження в цілому.

Для якісної інтерпретації даних необхідно проаналізувати відповіді респондента на питання: про те як часто застосовувалося насильство, ким застосовувалося, що трапилося.

На підставі аналізу відповідей досліджуваного на ці запитання можна зробити висновки щодо:

- частоти зустрічальності насильства в житті учасника насильства;

- віднесеності факту насильства до конкретного часового етапу;
- вік особи, що вчинила насильство.

На діагностичному етапі дослідження респондентам були запропоновані вищевказані методики отримані результати представлені в додатках А, Б та В.

Результати дослідження за шкалою «D» (Фізичне насилля та психологічне насилля) методики «Міжнародного опитувальника для вивчення поширеності насильства над дітьми – дитяча версія (ICAST-C)».

Аналіз результатів за показником наявності в досвіді досліджуваних фактів застосування різних видів психологічного та фізичного насилля дав можливість говорити про наступне:

- В досвіді 10% респондентів зустрічалось до 3-х видів пережитого психологічного та фізичного насилля.

- В досвіді 21% досліджуваних зустрічалось від 4-х до 6-ти видів пережитого психологічного та фізичного насилля.

- В досвіді 33% опитаних зустрічалось від 7-ми до 12-ти видів пережитого психологічного та фізичного насилля.

- В досвіді 18% – зустрічалось від 13-ти до 16-ти видів пережитого психологічного та фізичного насилля.

- У 18% – від 17-ти до 21-го видів пережитого психологічного та фізичного насилля.

Обробка результатів шкали «D» за показником частоти зустрічності в досвіді респондента фактів психологічного та фізичного насилля дозволила зробити наступні висновки:

- До 37% респондентів психологічне та фізичне насилля застосовувалися до 10 разів.

- До 33 % – психологічне та фізичне насилля застосовувалося від 10 до 50 разів.

- 30% опитаних зазначають, що психологічне та фізичне насилля застосовувалося до них на стільки часто, що важко порахувати навіть приблизну кількість разів.

Отримані дані свідчать про те, що в підлітковому віці зростає кількість випадків застосування фізичного та психологічного насилля до дітей.

У дітей в результаті фізичного та психологічного насильства над ними з'являються відхилення у фізичному і психічному розвитку, в емоційній сфері. Ці діти надмірно чутливі, швидко і неадекватно реагують на дії оточуючих. Психологічне насильство часто призводить до того, що такі підлітки не можуть реалізувати власне «Я», вони відрізняються несамотійністю, низькою самооцінкою, безвольністю. Підлітки, які пережили насильство, схильні до зниженого, або підвищеного контролю за своїми почуттями, імпульсами, підвищеним рівнем тривожності, жорстокості з оточуючими, нездатності справлятися з проблемами, а також нездатні шукати і отримувати допомогу від оточуючих людей, а тому схильні до прояву саморуйнівної поведінки.

**Висновки.** Статистична обробка даних дала можливість говорити про те, що існує статистично значимий лінійний зв'язок між досвідом психологічного та фізичного насилля, рівнем фрустрації досліджуваних та ігровою, комп'ютерною, телевізійною, харчовою, трудовою, тютюновою, алкогольною, наркотичною залежностями, а також загальною схильністю до залежностей.

Респонденти, які рідше піддавалися психологічному та фізичному насиллю мають нижчий рівень фрустрації, а отже менш схильні до залежної поведінки. Це дає підстави говорити про те, що деструктивні конфлікти, під час яких один з учасників (або група учасників) застосовує психологічне та фізичне насилля проти свого опонента здатні фруструвати осіб підліткового віку та провокувати у них прояв різних видів залежності.



# РОЛЬ ГІГІЄНИЧНОГО ВИХОВАННЯ В РЕСУРСІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

---

**Світлана ВАРВЯНСЬКА,**  
здобувачка вищої освіти IV курсу  
спеціальності 223 Медсестринство  
ПВНЗ «Медико-Природничий Університет»

## РОЛЬ МЕДСЕСТРИ НА ВСІХ ЕТАПАХ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ З АМПУТАЦІЯМИ

За даними найбільшого у світі виробника протезів, німецької компанії Ottobock, станом на серпень 2023 року близько 50 тисяч українців, починаючи від моменту повномасштабного вторгнення, втратили одну або кілька кінцівок внаслідок поранень, перебування під завалами будівель, ускладнень від хвороб та з інших причин.

Очевидно, що у 2024 році ця кількість іще зростає. За влучним висловом медичного директора запорізької клініки КСМ Костянтина Милиці, центри, де лікують та реабілітують людей з ампутаціями, в українських містах нині «повинні бути такими ж звичайними, як стоматології». Відтак, усе більше медичних працівників, у тому числі, і медсестер, є і будуть задіяні на всіх етапах лікування та реабілітації пацієнтів з ампутаціями.

У командах реабілітації медсестри виконують широке розмаїття функцій, мають велику відповідальність і значний рівень навантаження. Звісно, під словом «медсестра» мається на увазі не одна-єдина людина, а швидше посада. По суті ж це кілька людей, кожен/кожна з яких може мати певну спеціалізацію. Частина завдань, що стоять перед медсестрою, можна вважати базовими для представника цієї професії. Інша частина умінь здобувається додатково, що робить таку медсестру ще більш висококваліфікованим працівником із досить непересічною спеціалізацією.

Основними напрямками відповідальності медичної сестри можна вважати:

**1. Спостереження.** Пацієнт має перебувати під постійним контролем, аби запобігти розвитку ускладнень або вчасно зреагувати на погіршення ситуації. Регулярний моніторинг основних показників – тиск, сатурація, пульсометрія, температура тіла, стан свідомості, колір шкірних покривів, контроль появи висипки чи інших шкірних змін – у відповідальності медсестри. Звісно, лікар теж включений до процесу спостереження, але все ж не проводить поряд з пацієнтом стільки часу протягом доби, як це роблять медсестри. Будь-які зміни (підвищення температури, поява висипки, скарги пацієнта на біль, слабкість, утруднене дихання, інші показники погіршення стану) повинні бути приводом для настороженості і негайного інформування про них відповідального лікаря, а у випадку його відсутності – чергового лікаря зміни.

**2. Виконання призначень лікаря.** За цим словосполученням ховається ціла низка знань та умінь, які необхідні медсестрі, щоб виконання її функціональних обов'язків було дійсно якісним і на користь пацієнтові. Зокрема, йдеться про суворе дотримання медсестрою правил асептики та антисептики, ведення документації, вміння виконувати всі види ін'єкцій та інших маніпуляцій, знання основ фармакології, правил зберігання лікарських засобів та ін.

**3. Догляд за пацієнтом та забезпечення комфортних умов перебування.** У перші дні після операції пацієнт може почуватися іще дуже слабким для того, щоб здійснювати навіть прості дії: підніматися чи перевертатися в ліжку, здійснювати ранковий туалет, переодягатися, приймати їжу та інше. Крім того, після ампутації йому потрібно заново вчитися володіти своїм тілом, відчувати баланс, вміти знаходити опору. Тому медсестра повинна допомагати йому з цими діями або залучити до допомоги молодший медичний персонал і координувати його роботу. Крім того, медсестра повинна контролювати температурний режим у палаті, режим провітрювання, якість

прибирання, вчасність заміни постільної білизни, адже перебування у комфортних умовах також позитивно впливає на процес реабілітації.

**4. Організаційні процеси.** Участь у міждисциплінарній команді передбачає значну кількість взаємозв'язків і взаємодій. Тож медсестри теж частково залучені до процесів координації. Так, медсестра повинна мати уявлення про розклад пацієнта на кілька днів наперед. Можливо, йому призначені обстеження, до яких треба підготуватися напередодні або які вимагають певних обмежень. Також важливо, щоб обстеження, процедури чи реабілітаційні заходи узгоджувалися між собою. Наприклад, при необхідності застосування антибіотиків їх введення/вживання призначається на конкретний час.

**5. Підготовка кукси до протезування** – важливе завдання пізнього післяопераційного періоду. Резидуальну кінцівку бинтують певним чином, надаючи їй правильної конусної форми. Таке бандажування може виконувати фізіотерапевт чи спеціально навчена медсестра з фізіотерапевтичних процедур. Щодо догляду за місцем ампутації (обробка, контроль за процесом регенерації), то це, в першу чергу, залишається обов'язком медсестри.

**6. Допомога у відновленні мобільності.** Пацієнтові необхідно відновити почуття просторового контролю, заново навчитися пересуватися у просторі – спочатку з підтримкою, потім без неї, використовуючи допоміжні пристрої (милиці пахвові і з опорою на лікоть, милиці «вільні руки» та ін..) чи крісло колісне. Не можна відтермінувати цю дію аж до моменту встановлення протезу, адже є ризик розвитку так званої «вивченої беспорядності». Відновлення пацієнтом просторової мобільності, від перших кроків до впевненого руху – завдання для ерготерапевта. Але цей фахівець зазвичай перебуває з хворим обмежений проміжок часу, протягом якого встигає проконтролювати, підтримати і направити перші спроби відновлення рухової активності. Медсестра проводить з пацієнтом більше часу, тому може підтримувати пацієнта, давати поради, забезпечувати безпеку пересування,

відповідним чином організувавши простір, вчити користуватися допоміжними пристроями та допомагати при утрудненнях.

**7. Участь медсестри у фізіотерапевтичних вправах та заняттях з лікувальної фізкультури.** Такі фізіотерапевтичні процедури, як електрофорез, магнітотерапія, ультразвукова терапія та ін. потребують підготовки приміщення і обладнання: обробка апаратури, перевірка справності. Медсестра фізіотерапевтичного кабінету також може бути асистентом лікаря під час виконання процедур. Вона пояснює пацієнту, як підготуватися до процедури, якщо підготовка необхідна, яке положення зайняти, як поводитися, аби процедура дала максимальний ефект і в той же час не призвела до травмування чи погіршення стану. За наявності відповідної підготовки, медсестра виконує певні фізіопроцедури самостійно.

**8. Менеджмент болю.** Біль є стресовим фактором, який перешкоджає пацієнту опанувати нові навички. Адекватний контроль рівня болю у людей з ампутаціями полегшує їх ранню реабілітацію. Медсестрі слід розрізняти причини болю залежно від їх виникнення: біль, викликаний хірургічним втручанням; біль, що виникає внаслідок запалення і вимагає усунення причини; біль через надчутливий рубець, якому можна запобігти профілактикою; фантомний біль в ампутованій кінцівці. Цей клінічний феномен залишається все ще погано вивченим. І все ж медсестра повинна добре розуміти проблематику фантомного болю. І знати, що, якщо пацієнт скаржиться на біль у відсутній кінцівці, то це не тому, що він занадто вразливий, не тому, що в нього істерика, психологічні проблеми чи неадекватне сприйняття реальності. Більше того, медсестра повинна пояснити пацієнтові, що відчувати його – нормально і це зовсім не означає, що з пацієнтом «щось не те». Адже інколи хворі самі лякаються цих відчуттів, їм може здаватися, що вони втратили відчуття реальності, Тож завдання медсестри – заспокоїти, пояснити, що цей біль є цілком реальним і розказати, що буде зроблено для того, щоб його подолати. Також медична сестра повинна знати, які фактори можуть провокувати появу

фантомного болю, щоб по можливості запобігти його появі. І, звісно, саме медсестра виконує значну частину лікарських призначень щодо менеджменту болю. Йдеться про ін'єкції, контроль прийому препаратів, застосування спеціальних пластирів, за умов наявності відповідних компетенцій і вмінь – бандажування кукси, проведення лімфодренажного масажу та ін.

Значною є роль медсестри в емоційному та психологічному аспектах адаптації пацієнтів з ампутацією. Медсестрі важливо розуміти, які стадії проживання нової реальності проходить пацієнт та його рідні, які емоції відчуває, які зміни відбуваються у його психологічному стані у різні періоди. Це допоможе грамотно вибудувати комунікацію. А також помічати стани пацієнта, на які слід звернути увагу його лікаря.

Важливим моментом взаємодії медсестри з пацієнтом та його родичами є навчання. Під час перебування пацієнта у відділенні медсестра обов'язково навчає його: доглядати за резедуальною кінцівкою, користуватися технічними засобами реабілітації, доглядати за іншими пристроями, якими користується пацієнт, наприклад, якщо у нього встановлена стома і він користується кало - та сечоприймачами. Це вивільняє час самої медсестри на виконання інших посадових обов'язків та допомагає пацієнтові набути більшої впевненості та самостійності, що є дуже позитивним для подальшої реабілітації. Також є сенс навчити тих членів родини, які проживають з ним разом і допомагатимуть з доглядом та відновленням, адже процес реабілітації є тривалим і пацієнт не проводитиме весь час у лікувальному закладі.

Насамкінець хочемо зазначити, що роль медсестри у реабілітації пацієнтів з ампутаціями є надзвичайно важливою і, на жаль, недооціненою. Що виражається у рівні оплати праці та у ставленні суспільства до представниць/представників даного фаху. Нівелювання, знецінення будь-якого члена реабілітаційної команди, і медсестри зокрема, робить процес реабілітації пацієнта незавершеним, ускладненим, значно більш тривалим і значно менш успішним. Адже неможливо відмовитися від функцій, що їх виконують

медсестри, замінити їх на інші, пожертвувати їх якістю та ін. Кожна з функцій, маніпуляцій, процедур, дій – від виконання ін'єкцій до підготовки обладнання, від ведення документації до організаційних питань є необхідною, життєво важливою і такою, що прямо чи опосередковано впливає на загальний результат. У деяких процесах роль медсестри спочатку не видається такою очевидною. Йдеться про ті рутинні організаційні, логістичні, підготовчі процеси, які, як здається інколи, відбуваються самі собою. Але насправді за цим стоїть постійна щоденна робота, уважність, чіткість, контроль і моніторинг. Або ж мова йде про психологічну підтримку хворого та його близьких. Ця підтримка не прописана у посадових інструкціях, її важко виміряти у конкретних показниках. Але вона є вкрай необхідною і впливає на загальний процес реабілітації.

**Ірина ЛИТОВЧЕНКО,**  
здобувачка вищої освіти II курсу  
спеціальності 223 Медсестринство  
ПВНЗ «Медико-Природничий Університет»

### **ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ – ГОЛОВНИЙ ЗАСІБ ПРОФІЛАКТИКИ ЗАХВОРЮВАНЬ**

В сучасному світі актуальним є зростання проблем здоров'я через захворювання частіше з причин не дотримання здорового способу життя.

Однак, розвиток технологій та швидкі зміни в суспільстві пропонують нові можливості для покращення здоров'я та профілактики захворювань. З цього погляду, формування здорового способу життя визначається як головний засіб у боротьбі із захворюваннями та підтриманні оптимального стану фізичного та психічного благополуччя. Існуючі наукові дослідження вказують на тісний зв'язок між неузгодженим способом життя та ризиком розвитку різноманітних захворювань, таких як серцево-судинні захворювання, цукровий діабет, ожиріння, пристрасть до куріння, низька фізична активність та інші.

Вегето-судинна дистонія, артеріальна гіпертензія, порушення ритму серця перестали бути рідкістю в дитячому і підлітковому віці. У зв'язку з цим, дослідження проблеми формування здорового способу життя стає вкрай важливим завданням, спрямованим на розуміння механізмів впливу стилю життя на здоров'я та розробку ефективних стратегій профілактики.

Об'єктом даного дослідження є формування здорового способу життя, як головний засіб профілактики захворювань, визначення ефективних стратегій для поширення свідомості та підтримки сприятливих здоров'ю звичок серед населення у формуванні здорового способу життя.

Метою визначено різні аспекти формування здорового способу життя, а також його роль як головного засобу профілактики захворювань та виявлення ключових факторів, які визначають успішність цього процесу.

При написанні дослідження було використано метод літературного аналізу (вивчення та аналіз наукової літератури, що дотичні до теми нашого дослідження) та інші методи соціокультурних досліджень. Інформаційна база дослідження, яка була використана включає в себе актуальні наукові публікації, електронні ресурси, веб-сайти організацій охорони здоров'я та розглянуті програми та ініціативи, спрямовані на підвищення обізнаності та мотивації до здорового способу життя.

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), у багатьох країнах здоров'я населення стикається із зростаючою тенденцією захворювань, які можна було б уникнути або пом'якшити за умови здорового способу життя.

Сучасне суспільство стикається із зростаючим рівнем захворювань, а багато з них можна віднести до неузгодженого способу життя. Проблема полягає в тому, що все більше людей веде сидячий спосіб життя, вживає незбалансовану їжу та має негативні звички, такі як паління та надмірне споживання алкоголю. Ці невірноваженості сприяють збільшенню ризику розвитку різних захворювань, таких як серцево-судинні захворювання, діабет, ожиріння, хронічні захворювання легень та інші.

За статистикою ВООЗ, більше 1,9 мільярда дорослих осіб у світі страждають від надмірної ваги, що значно підвищує ризик розвитку захворювань, пов'язаних із неузгодженим харчуванням.

Стрес є невід'ємною частиною сучасного життя та може виникати з різних причин, від повсякденних труднощів до серйозних життєвих подій. Дослідження підтверджують, що продовжений стрес може мати серйозні наслідки для фізичного та психічного здоров'я. Стрес визнаний як фактор ризику для розвитку різних захворювань, зокрема серцево-судинних захворювань, гіпертензії та імунодепресії.

Тютюнопаління – це ще один ключовий фактор ризику для здоров'я. Наукові дослідження переконливо свідчать про те, що активне і пасивне паління пов'язані із багатьма серйозними захворюваннями. Зокрема, паління визнається головною причиною хвороби легень, хронічного обструктивного захворювання легень (ХОЗЛ), серцево-судинних захворювань та раку.

У нашому дослідженні було виявлено, що особи, які засвідчують високий рівень стресу та одночасно палять, мають вищий ризик розвитку хронічних захворювань, таких як серцево-судинні захворювання, порівняно із тими, хто не палить та уникає стресу. Це підкреслює необхідність комплексного підходу до управління стресом та попередження негативних звичок для забезпечення оптимального здоров'я.

Розглянемо ключові аспекти важливості формування здорового способу життя як засобу профілактики:

- 1) зменшення ризику захворювань;
- 2) підтримка фізичного та психічного здоров'я;
- 3) покращення якості життя;
- 4) економічні вигоди;
- 5) попередження захворювань на ранніх стадіях;
- 6) поліпшення громадського здоров'я.



Здорові громадяни вносять свій внесок у загальне здоров'я суспільства, знижуючи загальні витрати на лікування та збільшуючи продуктивність.

Враховуючи ці аспекти, формування здорового способу життя стає невід'ємною частиною стратегій громадського здоров'я та медичної профілактики для забезпечення тривалого та якісного життя.

Для здорового способу життя важливо визначити наступні ключові умови. Зокрема такі, як: фізична активність; збалансоване харчування; відсутність шкідливих звичок; регулярні медичні огляди; емоційне благополуччя; достатній сон; соціальні зв'язки; самопізнання та розвиток.

Ці ключові аспекти взаємодіють та утворюють основу для здорового способу життя, сприяючи загальному благополуччю та підтримці організму.

Отже, заняття спортом може виступати в ролі захисного фактору від надмірного впливу гормонів стресу та подальшого розвитку психічних захворювань. Ці три складові взаємодіють із загальним фізичним і психічним здоров'ям, створюючи цілісний підхід до формування здорового способу життя. Інтеграція фізичної активності, правильного харчування та психологічного благополуччя є ключем до проактивного підтримання оптимального стану здоров'я та запобігання різноманітним захворюванням.

Наведемо докази ефективності здорового способу життя у зниженні захворювань. Зокрема, для профілактики серцево-судинних захворювань: регулярна фізична активність сприяє підтримці здоров'я серця та судин, знижуючи ризик виникнення артеріальної гіпертензії, атеросклерозу та інших серцево-судинних захворювань. Регулярні фізичні навантаження допомагають підтримувати серцевий м'яз сильним та працювати з високою ефективністю, а судини стають гнучкішими та еластичнішими, що є особливо важливим для контролю артеріального тиску. МОЗ рекомендує: всього 30 хвилин фізичних вправ в день, що суттєво зменшать ризик серцево-судинних захворювань, інсульту, діабету та раку.

Складно знайти додатковий час, щоб зробити перерви на фізичні вправи в офісах обов'язковими. Проте здоров'я робітників – успіх компанії. Відсутність працівника на роботі «влітає» компаніям і економіці держави у значні збитки.

Дослідження Бристольського університету доводить, що працівники, які можуть час від часу робити зарядку в офісі, «продуктивніші, щасливіші та спокійніші».

Відповідно до рекомендації Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) та Центрів контролю та профілактики захворювань США (CDC) дорослим людям бажано займатись не менше 150 хвилин аеробною активністю середньої інтенсивності (наприклад, швидка ходьба) на тиждень. Якщо 150 хвилин на тиждень здається забагато, особливо коли наявні справи, які неможливо перенести на завтра, можна зайнятись інтенсивною анаеробною активністю (наприклад, біг) протягом 75 хвилин.

Американський коледж спортивної медицини та Американської асоціації серця рекомендує здоровим дорослим отримувати як мінімум 30 хвилин помірної інтенсивності аеробної активності 5 днів на тиждень, або як мінімум 20 хвилин енергійної аеробної активності 3 дні на тиждень.

Узагальнюючи дослідження з визначення аспектів формування здорового способу життя та його роль як головного засобу профілактики захворювань, визначення шкідливих факторів впливу на здоров'я та стратегію здорового способу життя, фізичної активності у профілактиці захворювань робимо наступні висновки.

1. Заняття спортом може виступати в ролі захисного фактору від надмірного впливу гормонів стресу та подальшого розвитку психічних захворювань. Такі складові, як фізична активність, правильне харчування та психологічне благополуччя взаємодіють із загальним фізичним і психічним здоров'ям, створюючи цілісний підхід до формування здорового способу життя. Інтеграція цих складових є ключем до проактивного підтримання оптимального стану здоров'я та запобігання різноманітним захворюванням.

2. Здоровий спосіб життя є ефективним засобом профілактики різних захворювань та сприяє загальному поліпшенню якісної тривалості життя. Регулярна фізична активність сприяє покращенню енергії та настрою. Вона може допомогти зменшити втому та підтримувати позитивний стан думок, що в свою чергу впливає на загальне самопочуття та здоровий спосіб життя. Допомагає підтримувати нормальну функцію лімфатичної системи, що в свою чергу сприяє загальному здоров'ю.

3. Регулярні фізичні навантаження дозволяють в значній мірі загальмувати розвиток вікових еволюційних змін фізіологічних функцій, а також дегенеративних змін різних органів і систем (включаючи затримку і зворотний розвиток атеросклерозу).

Отже, громадське здоров'я, здоров'я нації – це безцінний скарб і відповідальне його збереження має бути обов'язком кожного свідомого громадянина.

#### **Список використаних джерел:**

1. Регулярні вправи рятують від депресії. Але не завжди. URL: <https://www.bbc.com/ukrainian/news-45111479>
2. Центр громадського здоров'я МОЗ України. Як заняття спортом покращує ваш психоемоційний стан та зміцнює психічне здоров'я? URL: <https://phc.org.ua/news/yak-zanyattya-sportom-pokraschue-vash-psikhoemociyniy-stan-ta-zmicnyue-psikhichne-zdorovya#:~:text>
3. Здорове життя – це життя з рухом. Оксана Скиталінська, лікар-дієтолог. URL: <https://life.pravda.com.ua/health/2013/02/6/120451>
4. Рекомендації ВООЗ з питань фізичної активності та малорухомого способу життя: короткий огляд. 2020 р.

**Оксана ПРИСЯЖНЮК,**  
медичний директор КНП ММР  
«Центр первинної медико-санітарної допомоги № 4»

## **РОЛЬ ГІГІЄНИЧНОГО ВИХОВАННЯ В РЕСУРСІ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я**

Гігієнічне виховання – сукупність заходів, спрямованих на прищеплювання населенню гігієнічних знань та навичок, виховання дбайливого ставлення до власного здоров'я і здоров'я оточуючих. Нормування – обмеження інтенсивності і тривалості дії на організм людини чинників навколишнього середовища, тобто встановлення вмісту шкідливих хімічних речовин і рівнів фізичних, біологічних і психоемоційних чинників у об'єктах навколишнього середовища, обґрунтування безпечних для людини вмісту шкідливих речовин і рівня чинників у цих об'єктах. Найбільш ефективним шляхом збереження та зміцнення здоров'я населення є профілактика, яка завжди обходилася людству дешевше, ніж лікування. Водночас профілактичні заходи дозволяли економити фінансові ресурси та суттєво скорочувати значні незворотні людські втрати. Зміст поняття профілактики та конкретні форми її здійснення змінювалися на різних етапах історії людства залежно від умов суспільного устрою, світогляду, рівня розвитку науки та різних чинників: політичних, економічних, соціальних, культурних, релігійних. У процесі історичного розвитку відбулася еволюція поняття й змісту профілактики, що призвело до її трансформації в дієві профілактичні стратегії та програми, визнані всією міжнародною спільнотою.

Гігієнічне виховання розглядається сьогодні як основа профілактики, яка представляє собою дії, спрямовані на зменшення ймовірності виникнення захворювань або порушень, переривання або уповільнення прогресування захворювання, зменшення ймовірності непрацездатності.

Гігієнічне виховання здійснюється з використанням комплексу шляхів, методів і засобів впливу одночасно через сім'ю, школу, медичні та соціальні установи, закладів культури.

Гігієнічне виховання є однією з стратегій формування здоров'я, здорового способу життя людей, різних груп населення, це активна медико-педагогічна діяльність, спрямована на підвищення знань з питань підтримки і зміцнення здоров'я, створення мотивацій для ведення здорового способу життя, формування гігієнічної культури і гігієнічного поведінки.

Метою гігієнічного навчання і виховання є формування поведінки населення, що базується на науково обґрунтованих санітарно-гігієнічних нормативах, спрямованих на збереження і зміцнення здоров'я, забезпечення високого рівня працездатності, досягнення активного довголіття.

Гігієнічне виховання населення будується на наступних принципах:

- науковість, тобто пропаганда тих відомостей, які є науковим знанням, міцно затвердженим і доведеним науковими дослідженнями;
- державний характер, наявність спеціальної структури організаційно-методичного керівництва і координації діяльності, плановість, розумна оптимістичність, доступність, активна участь усіх медичних працівників;
- правдивість і об'єктивність;
- диференційованість і цілеспрямованість;
- масовість;
- систематичність і послідовність;
- комплексність (участь у роботі по гігієнічному вихованню різних фахівців та установ).

Найважливішими напрямками гігієнічного виховання є:

- Пропаганда факторів, що позитивно впливають на здоров'я.
- Пропаганда попередження (профілактики) впливу факторів, що роблять негативний вплив на здоров'я.
- Гігієнічне виховання населення може і повинно проводитися в різних формах:
  - а) в індивідуальній (з кожною людиною окремо);

б) груповий (з групою громадян, однорідних за статтю, віком, соціальним і іншому статусу);

в) масовою.

Гігієнічне виховання зараз будується на трьох основних методах: усному, друкованому та образотворчому.

Вони реалізуються шляхом використання таких форм санітарної освіти, як лекції, бесіди, поради-консультації, виступи на радіо, аудіозаписи (усний метод); публікації в друкованих засобах масової інформації, науково-популярні книги, брошури, пам'ятки, бюлетені, дошки з питань і відповідей (друкований метод); експозиційні стенди, муляжі, фотографії, малюнки, плакати (наочний метод); телебачення, відеофільми, діафільми, університети та школи здоров'я, курсові заходи для населення і хворих, виставки, театралізовані вистави (змішаний метод).

Курс гігієнічного навчання – обов'язкова складова частина загальноосвітньої та професійної підготовки, підвищення кваліфікації кадрів. Гігієнічні знання є обов'язковими кваліфікаційними вимогами для працівників, які підлягають обов'язковим медичним оглядам, а також для тих, хто зазнає у виробництві, сфері послуг, інших галузях ризику дії небезпечних факторів.

Однією з найважливіших умов проведення ефективної профілактики захворювань, збереження та зміцнення індивідуального і громадського здоров'я є обізнаність населення з чинниками, які негативно впливають на його стан та являє собою невід'ємну складову системи охорони здоров'я, комплекс державних, громадських і медичних заходів, спрямованих на забезпечення такої обізнаності з метою підвищення рівня здоров'я населення. Головними завданнями є пропаганда здорового способу життя, профілактика шкідливих звичок, інформування про сучасні уявлення щодо причин виникнення різних захворювань, системи індивідуальних та громадських заходів з їх первинної та вторинної профілактики. Обізнаність із цих питань є важливою передумовою свідомого і відповідального ставлення всіх верств населення, керівників і

працівників промислових підприємств, громадського харчування та комунального господарства, будівельників, науковців, педагогів тощо до еколого-гігієнічних проблем довкілля, дотримання вимог індивідуальної та громадської гігієни в усіх сферах життя і трудової діяльності людини. Найвагоміше місце серед інших форм займають групові бесіди й індивідуальні поради, можуть виступати з лекціями, брати активну участь у всіх інших формах санітарної освіти.

Гігієнічне навчання хворих у лікувально-профілактичних закладах є однією з найпоширеніших форм гігієнічного виховання Населення і переслідує три основні мети. Перша визначається необхідністю знання і дотримання хворим правил особистої і громадської гігієни в умовах перебування в стаціонарі і зводиться до їх навчання відповідним вмінням і навичкам. Друга полягає у навчанні вимогам гігієни, які необхідні при конкретному захворюванні в інтересах його вторинної профілактики. Третя зумовлює науково-медичну пропаганду загальних основ здорового способу життя в повсякденних умовах побуту і трудової діяльності. Тому особливу увагу слід приділяти і гігієнічній підготовці персоналу, від щоденної діяльності якого значною мірою залежить ступінь ефективності організації санітарно-протиепідемічного режиму в ресурсі громадського здоров'я. Бажано, щоб гігієнічне навчання забезпечувало знайомство з комплексною системою популярних знань із питань охорони здоров'я, а не тільки з тих, які стосуються даного захворювання. Тому доцільно проводити гігієнічну підготовку хворих у спеціально створених за цикловою системою «школах здоров'я». Проводячи роботу з гігієнічного навчання, необхідно визначити контингент, який доцільно залучити до того чи іншого виду навчання.

Одним з основних обов'язкових освітніх компонентів визначено навчальну дисципліну «Профілактика в системі громадського здоров'я». Мета її опанування - підготовка фахівців спеціальності 229 «Громадське здоров'я» відповідно до державного стандарту та ОНП, ознайомлення з основними

поняттями профілактики в системі громадського здоров'я, формування здатності застосовувати набуті знання, уміння та навички для проведення науково-практичних досліджень в сфері громадського здоров'я, визначення екологічних, соціально-економічних та медичних детермінант здоров'я; організації і проведення профілактичних заходів; формування у населення здорового способу життя та відповідального ставлення до особистого здоров'я; створення умов та забезпечення міжсекторальної взаємодії в інтересах здоров'я населення. Відповідно до ОНП «Громадське здоров'я», вивчення дисципліни сприяє формуванню у здобувачів вищої освіти таких компетентностей: загальних:

ЗК1. Здатність до абстрактного мислення, аналізу та синтезу.

ЗК2. Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях.

ЗК3. Здатність спілкуватися державною мовою як усно, так і письмово.

ЗК5. Навички використання інформаційних і комунікаційних технологій.

ЗК7. Здатність вчитися і оволодівати сучасними знаннями.

ЗК9. Здатність працювати в міжнародному контексті.

ЗК10. Здатність приймати обґрунтовані рішення.

ЗК11. Здатність розробляти та управляти проектами.

ЗК12. Здатність діяти соціально відповідально та свідомо, спеціальних (фахових):

СК1. Здатність оцінювати, інтерпретувати, порівнювати та прогнозувати основні показники громадського здоров'я.

СК2. Здатність визначати пріоритети і проводити оцінку потреб сфери громадського здоров'я у конкретній ситуації.

СК3. Здатність розробляти варіанти стратегій, політик та визначати окремі інтервенції, спрямовані на збереження та зміцнення здоров'я населення, та оцінювати їх ефективність.

СК4. Здатність аналізувати вплив різних детермінант на здоров'я населення та обґрунтовувати відповідні заходи з їх попередження.



СК6. Здатність аналізувати стратегії, політики та інтервенції в сфері громадського здоров'я та пропонувати заходи щодо підвищення ефективності використання наявних коштів.

СК7. Здатність створювати команду для діяльності у сфері громадського здоров'я і забезпечувати її ефективну роботу. Серія «Громадське Здоров'я».

СК8. Здатність розробляти проекти надання послуг громадського здоров'я та профілактики (первинної, вторинної та третинної) захворювань, промоції здоров'я, та забезпечувати їх реалізацію.

СК9. Здатність розробляти заходи з адвокації, комунікації та соціальної мобілізації у сфері громадського здоров'я.

СК14. Здатність ефективно й компетентно брати участь у різних формах наукової комунікації (конференції, круглі столи, дискусії, наукові публікації) в галузі громадського здоров'я.

**ПОНЯТТЯ «ПРОФІЛАКТИКА», АКТУАЛЬНІСТЬ ПРОФІЛАКТИКИ.**  
 Для громадського здоров'я, профілактика – комплекс державних, соціальних, гігієнічних і медичних заходів, спрямованих на забезпечення високого рівня здоров'я населення і запобігання виникненню хвороб. Профілактика – діяльність, спрямована на зменшення імовірності виникнення захворювання або порушення, переривання. Профілактика в широкому розумінні означає заходи зі створення оптимальних умов, спрямованих на зміцнення здоров'я, підвищення трудової діяльності і довголіття людей, зокрема покращення умов праці, відпочинку, житлово-побутових умов, розвиток фізичної культури, заходів з попередження хвороб, збереження здоров'я і подовження життя. Саме тому ефективна профілактика передбачає впровадженні заходів на індивідуальному та громадському рівнях. Також важливим є розмежування видів профілактики: первинної, вторинної, третинної; що дозволяє правильно формувати інтервенції, визначати цільові групи для них та прогнозувати ефективність. Індивідуальна профілактика - заходи з попередження хвороб, збереження і зміцнення здоров'я, які здійснює сама людина.

Громадська профілактика – система політичних, соціальних, економічних, законодавчих, виховних, санітарно-технічних, санітарно-гігієнічних, протиепідемічних і медичних заходів, які планово здійснюються державними інститутами й громадськими організаціями з метою забезпечення всебічного розвитку фізичних і духовних сил громадян, усунення чинників, які негативно впливають на здоров'я населення. Первинна профілактика – система соціальних, медичних, гігієнічних і виховних заходів, спрямованих на попередження захворювань шляхом усунення причин та умов їх виникнення і розвитку, а також на підвищення стійкості організму до впливу несприятливих чинників навколишнього природного, виробничого і побутового середовища. Вторинна профілактика – виявлення та ефективне лікування ранніх стадій хвороби для попередження її розвитку й виникнення серйозних ускладнень. Третинна профілактика – попередження ускладнень та інвалідності, інших небажаних наслідків, відновлення оптимальних функцій організму після захворювань. Вертикальні програми або автономні, категоріальні, чи самостійні, передбачають вирішення конкретної проблеми охорони здоров'я шляхом застосування конкретних заходів.

## ДІЯЛЬНІСТЬ ГРОМАДИ З ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

---

**Євгенія МОЖИНА,**  
старший викладач кафедри загальної підготовки  
ПВНЗ «Медико-Природничий Університет»

### **ВПЛИВ НА СТАН МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я МЕДСЕСТРИНСЬКОГО ПЕРСОНАЛУ У КОНТЕКСТІ ПРОБЛЕМ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я СЬОГОДЕННЯ**

Вплив на стан ментального здоров'я медсестринського персоналу питання актуальне і багатопланове.

Об'єкт і предмет дослідження: ЗДОРОВ'Я В РІЗНИХ РАКУРСАХ (тіло, душа, дух).

Ключові слова: науковий підхід, науковий стиль, лінгвістичні категорії, етимологія, словникові статті, громадське здоров'я, ментальне здоров'я, менталітет нації, ментальне поле, ментальні програми.

Мета нашої роботи – порівняти, дослідити та дати чітке визначення термінам відповідно до їх походження. Сьогодні особливо вони вимагають конкретизації та усвідомлення, для визначення і результативності роботи медика, психолога, ментора, педагога.

Що таке здоров'я. Скористаємося визначенням доктора медичних наук, професора Білокриницького В.С. (м. Одеса), яке є найбільш об'єктивним і обґрунтованим на наш погляд. [1, с. 8]

1. Формула здоров'я ЛЮДИНИ (Я, сім'я, рід) – це гармонійне поєднання біологічного, соціального, епідемічного стану якостей здоров'я, яке характеризує особу, її фізичну, психологічну і моральну силу, зовнішній вигляд, бадьорість,(депресії), гарний НАС- трій – тріади(тіло, душа, дух) і бажання творити добро.

Відсутність однієї із цих якостей, свідчить про початок порушення питання: ЧИ здоров'я?

2. Формула здоров'я ГРОМАДИ – ВКЛЮЧАЄ Формула здоров'я ЛЮДИНИ, ХАРАКТЕРИЗУЄ ГУМАННІ стосунки між людьми в побуті, на виробництві, і справедливий розподіл продукції для блага кожного і всіх громадян суспільства – ГРОМАДИ.

Відсутність цих якостей, свідчить про порушення ЗДОРОВ'Я громади, СУСПІЛЬСТВА - ЙОГО ХВОРОБУ.

3. Формула здоров'я ДЕРЖАВИ – природньо об'єднує формулу здоров'я ЛЮДИНИ, формулу здоров'я ГРОМАДИ і є складовими частинами формули здоров'я ДЕРЖАВИ з урахуванням показників:

- росту економіки;
- росту валового внутрішнього продукту на душу населення;
- зросту культурного;
- морального;
- духовного;
- спортивного рівня на міжнародній арені.

**Відсутність хоча б ОДНОГО показника свідчить про недолік ідеологічних засад життя і діяльності державного апарату.**

**Ментальне здоров'я..?** Виникає питання як медичний працівник повинен дбати про своє ментальне здоров'я і бути прикладом – якщо цього не буде розуміти. Тому що з опрацьованих нами матеріалах з ментального здоров'я, трактування термінів різне, не обґрунтоване, суперечливе.

**За визначенням ВООЗ,** ментальне здоров'я (психічне здоров'я) – це стан благополуччя, при якому людина може реалізовувати власний потенціал, долати життєві стреси, продуктивно й плідно працювати та робити внесок у життя своєї спільноти.

**За чинним Українським правописом (2019-2024):** Інформація подається в дужках для виділення вставлених сполучень слів, що подаються як додаткові зауваження та пояснення до основного змісту речення: тобто синонімічні.

У самому проєкті Олени Зеленської в Телеграмі «Програма «Ти як?» визначення ментального здоров'я відсутні, терміни сплутані, змішані, не мають наукових обґрунтувань.

Наведу декілька цитат з чату:

«Автори цього блогу – спеціалісти Intellias, які мають досвід **коучингу та психотерапії**. Іноді своїми знаннями Ярослав, Ілона та Оксана діляться зі всією командою Intellias на ранкових онлайн-зустрічах – IntelliMorning.

Окрім IntelliMorning, кожен спеціаліст та спеціалістка Intellias можуть двічі на квартал **відвідувати психотерапевта**. Також зовнішні спеціалісти проводять для нас лекції про **психологічні явища, здорове харчування, довголіття**. А в нашій онлайн-бібліотеці поряд з професійною літературою зібрані записи **занять з йоги**, доступні кожному в будь-який час. Чому **емоційне благополуччя** наших спеціалістів таке важливе для нас і чому має бути важливими для вас?».

Також Ярослав – agile coach, сертифікований організаційний коуч-консультант (**Вісбаденська академія WAPP**), вивчає транзакційний аналіз. Має 8 років досвіду в продуктових та **аутсорс-компаніях**, зокрема у **проєктному менеджменті**, побудові процесів гнучкої розробки та **зрощування ефективних команд**.

**За визначенням ВООЗ, ментальне здоров'я (психічне здоров'я)** – це стан благополуччя, при якому людина може реалізовувати власний потенціал, долати життєві стреси, продуктивно й плідно працювати та робити внесок у життя своєї спільноти.

**Особливо здивували так звані «Правила мови»**. «Ми поділимося з вами принципами без бар'єрної мови.

Без бар'єрна мова – це мова, в якій відсутні слова, фрази, що демонструють упереджене, стереотипне або дискримінаційне ставлення до певних людей чи груп. Це мова, яка не відчужує людей – навмисно або

ненавмисно. Це мова, принцип якої можна сформувати однією фразою: поважати гідність іншої людини?»?

**Звернемося до мови науки – ЛАТИНИ.** Науковцям і безпосередньо медикам відомо, що основою медичної термінології є латинська мова. *Non est doctrina (medicina) sine lingua Latina* Не існує науки (медицини) без латини. Паралельно, в медичних термінах застосовують греко-латинські дублети, якими послуговувались і послуговуються для утворення і нових термінів різного напрямлення: анатомічних, клінічних, фармацевтичних... Чому саме ЛАТИНА? Історія розвитку суспільства, прийняттям і затвердженням професійних номанклатур довела це протягом століть, коли були спроби перекласти термінологію на англійську, німецьку, французьку мови.

**Словникова стаття** українсько-латинського-англійського медичного енциклопедичного словника чітко дає переклад і трактування слів: [3]

**Animus, i m – psych-, душа**

**Animus, i m** - латинський іменник, другої відміни, чол..роду – від цих слів походять наші слова: ре-анімація - повернення душі ; анімація – картинка яка змінюється.

**Psych** - частотний відрізок, грецького походження, з і-греком, з диграфом, використовується в словах грецького походження і значенням – душа -, псих-о-логія, псих-о-терапія, псих-о-терапевт;

**Mens, mentis, ratio,tionis f** – латинські іменники, 3-ї відміни, жіночого роду – розум, думка, свідомість, дух, план, мислення – *Amantes a-mentes* – закоханий – позбавлений розуму (влюбленные – умалешенные);

**Medica menthe non medicamentis** звернення до медика – Лікуй розумом, а не медичними препаратами;

грецький варіант - **phren-** розум - відповідний частотний відрізок - грецької мови – оліго - френія, оліго-френ- *ὀλίγος* – «малий» + *φρήν* – «розум» - часто діти народжені з недостатньою розвиненості черепної коробки. За

глибиною дефекту розумову відсталість при олігофренії поділяють на три різновиди: ідіотія, імбецильність, дебільність.

Найтяжчий з них – ідіотія (від грец. – невігластво, неосвіченість, брехливість) – найглибший, крайній ступінь інтелектуальної недорозвиненості, природженого або набутого в ранньому дитинстві недоумства.

**Mentha piperita** – м'ята перцева духм'яна, звідси одно корінні слова: ментальність, національний менталітет. Дух , що тіло рве до бою... Ментальне ЗДОРОВ'Я.

При сьогоднішній ситуації дивує те, що не згадується поняття національний менталітет, національні вартості. Це тому, що поняття національні, ментальні вартості є значущими для одного народу і не завжди поділяються іншими народами. Воно близьке лише поневоленим народам, які втрачали свою незалежність, яких вбивали і вбивають. І чуже тим, які ніколи не втрачали своєї незалежності. До цієї групи цінностей відносяться такі поняття, як патріотизм, почуття національної гідності, історична пам'ять. [4, с. 4-5] Тому і тема кризи ментального здоров'я, ментальних програм, ментального поля нації сьогодні архі важлива і вимагає глибокого вивчення.

1. Питання ментального здоров'я ( здоров'я національного менталітету ) вимагає більш детального дослідження, активного обговорення і розуміння суті та шляхів виходу до оздоровлення.

2. Освіта ХХІ століття не мислима без знання основ латини (мови науки) та мови нації для створення ефективних підходів відновлення ментального здоров'я нації. А визначень з Вікіпедії, Телеграму та коміксів для науки замало.

3. Потрібне системне, послідовне, логічне вивчення загальноосвітніх дисциплін та їх узгодження з міжгалузевими, для якісного розуміння, засвоєння предметів та продуктивної практики для якісної реалізації спеціалістів – випускників ЗВО.

### Список використаних джерел:

1. Здоров'я нації і активне довголіття: науково – просвітницький міжгалузевий журнал профілактичної медицини. Одеса: вид. КП ОМД. 2018. 4 с.
2. Петрух Л. І., Головка І. М. Українсько-латинсько-англійський медичний енциклопедичний словник: А-Я. Київ: ВСВ «Медицина», 2015. 968 с.
3. Кулішенко Л. А. Аксиологічна основа національного виховання у публікаціях сучасних науково-педагогічних журналів. URL: [https://biem.sumdu.edu.ua/images/stories/docs/K\\_SGD/Kulishenko\\_4.pdf](https://biem.sumdu.edu.ua/images/stories/docs/K_SGD/Kulishenko_4.pdf)
4. Які типи стресорів існують і як я можу з ними боротися? URL: <https://uk.lifeunoreg.com/what-types-stressors-are-there>
5. Місія. Сайт громадської організації "Безбар'єрність". URL: <https://bbu.org.ua/mission/>
6. <https://naurok.com.ua/prezentaciya-mentalne-zdorov-ya-346547.ht>
7. Що таке ментальне здоров'я. URL: <https://www.google.com/search?q=%D0%B7%D0%B0+%D0%B2%D0%B8%D0%B7%D0%BD%D0%B0%D1%87%D0%B5%D0%BD%D1%8F%D0%BC+%D0%B2%D0%BE%D0%BE%D0%B7+%D0%BC%D0%B5%D0%BD%D1%82%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%B5>

**Віра ЯРОШЕНКО,**

кандидат політичних наук, доцент,  
завідувач кафедри загальної підготовки  
ПВНЗ «Медико-Природничий Університет»,  
голова Правління БФ «Шлях до спасіння»

## ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я ЯК ОБ'ЄДНУЮЧА ЦІННІСТЬ ДЛЯ ГРОМАДИ І ВЛАДИ

**Актуальність проблеми.** Одним із актуальних питань в сучасній Україні є збереження громадського здоров'я, тобто здоров'я населення. Безперечно, що головним капіталом, цінністю нації є населення, людські ресурси і тільки потім територія, надра, державні інститути, економічні ресурси.

Це твердження зазначено у ст. 3. Конституції України: «Стаття 3. Людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканність і безпека визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю.



Права і свободи людини та їх гарантії визначають зміст і спрямованість діяльності держави. Держава відповідає перед людиною за свою діяльність. Утвердження і забезпечення прав і свобод людини є головним обов'язком держави» [1].

В сучасних умовах воєнного стану заявлена теза має провокативно протирічиве тлумачення. Тому що в сучасних умовах воєнного стану з причини воєнної агресії сусідньої рф одна із базових цінностей – безпека населення здійснюється високою соціальною ціною – героїчною обороною і життями співвітчизників заради життя, здоров'я і безпеки української політичної нації, майбутньої молоді генерації українців.

Безперечно, що відтворення, укріплення та збереження громадського здоров'я як найціннішого скарбу нації має бути першочерговим завданням як влади так і громади. І не тільки після закінчення воєнного стану, здобутої перемоги, періоду післявоєнного відновлення, але і в умовах воєнного стану, здобуваючи новий життєвий досвід. Це твердження відображає **гіпотезу** даного дослідження.

**Метою дослідження** визначено аргументувати припущення, що в українському суспільстві цінність «здоров'я» може стати однією із об'єднавчих національних цінностей на противагу поширенню «роз'єднавчих» суспільство маніпулятивних технологій політичного, конфесійного, етнічного змісту.

З використанням **аксіологічного та політологічного підходу** зосередимося на визначенні аргументів щодо заявленої мети.

Цінність здоров'я має універсальне значення. Якщо одним із багатьох визначень поняття «цінність» вважати, що цінність розуміється як все те, що не залишає людину байдужою та вимушує її діяти певним чином, то всі люди будь-якого статусу бажають бути здоровими. І представники влади і представники громади. Аналізуючи готовність влади до сприяння збереженню громадського здоров'я, доцільно вказати на створення державою нормативно-правової бази, яка регулює сприятливі умови збереження і укріплення

громадського здоров'я. В Україні протягом років створена ефективна нормативно-правова база зі збереження громадського здоров'я. Більш детально проаналізуємо її.

Закон України «Про систему громадського здоров'я» [2]. Цей Закон визначає правові, організаційні, економічні та соціальні засади функціонування системи громадського здоров'я в Україні з метою зміцнення здоров'я населення, запобігання хворобам, покращення якості та збільшення тривалості життя, регулює суспільні відносини у сфері громадського здоров'я та санітарно-епідемічного благополуччя населення, визначає відповідні права і обов'язки державних органів та органів місцевого самоврядування, юридичних і фізичних осіб у цій сфері, встановлює правові та організаційні засади здійснення державного нагляду (контролю) у сферах господарської діяльності, які можуть становити ризик для санітарно-епідемічного благополуччя населення.

Утворення державної установи «Центр громадського здоров'я МОЗ України». Наказ МОЗ України від 18.09.2015 р. № 604 [6].

Конституція України **Стаття 49.** Кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування.

Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм.

Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно; існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена. Держава сприяє розвитку лікувальних закладів усіх форм власності.

Держава дбає про розвиток фізичної культури і спорту, забезпечує санітарно-епідемічне благополуччя.

**Стаття 50.** Кожен має право на безпечне для життя і здоров'я довкілля та на відшкодування завданої порушенням цього права шкоди.

Кожному гарантується право вільного доступу до інформації про стан довкілля, про якість харчових продуктів і предметів побуту, а також право на її поширення. Така інформація ніким не може бути засекречена [1].

Згідно Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» з січня 2018 року розпочалася реформа медицини. Міністерство охорони здоров'я ухвалило всі необхідні документи для впровадження медичної реформи й визначило приблизний «план робіт». Так від квітня 2018 року запрацювала система «гроші ходять за пацієнтом» [3].

Ухвалена Урядом 30 листопада 2016 р. № 1002 Концепція розвитку системи громадського здоров'я в Україні і Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» № 2168-VIII від 19.10.2017. сприяли формуванню Верховною Радою України основ державної політики у сфері громадського здоров'я шляхом закріплення на законодавчому рівні засад функціонування системи громадського здоров'я, визначення її основних напрямів, пріоритетів і завдань, встановлення нормативів і обсягів бюджетного фінансування, затвердження загальнодержавних програм у сфері громадського здоров'я [5].

Це означає, що влада, тобто кожен керівник центрального та місцевого органу виконавчої влади буде враховувати наслідки своїх рішень для здоров'я населення і надавати пріоритет заходам, які допоможуть людям уникнути хвороб і травм.

Вказаний перелік законодавчих норм закладає базу для організації усіх цих переваг, щоб кожний громадянин міг користуватись своїм правом на якісне життя.

У сучасній літературі існує понад 100 визначень поняття здоров'я; вихідним їм є визначення наведене в Статуті Всесвітньої організації охорони здоров'я: «Здоров'я є станом повного фізичного, душевного й соціального

благополуччя. [7]. «Громадське здоров'я» - цей термін був визначений Всесвітньою організацією охорони здоров'я як наука і практика попередження захворювань, подовження життя і зміцнення психічного та фізичного здоров'я, працездатності шляхом організованих зусиль суспільства, що спрямовані на оздоровлення довкілля, боротьбу з інфекційними хворобами, навчання людей навичкам особистої гігієни, організацію медичних та медсестринських служб для ранньої діагностики і профілактичного лікування захворювань, а також на розвиток громадських інститутів для забезпечення кожній людині умов життя, які необхідні для укріплення здоров'я, на таку організацію усіх цих переваг, щоб кожний громадянин міг користуватись своїм правом на якісне життя [7].

Прикладом участі у збереженні громадського здоров'я як представника громади розглянемо ПВНЗ «Медико-Природничий Університет», який здійснює підготовку кваліфікованих медичних сестер та психологів, співпрацює з партнерськими організаціями у програмах навчання людей навичкам здорового способу життя, навичкам надання невідкладної до медичної допомоги, сприяє розвитку громадських інститутів для забезпечення кожній людині умов життя, які необхідні для укріплення здоров'я. І, більше того, з 2024/2025 навчального року ПВНЗ «Медико-Природничий Університет» розпочинає підготовку кваліфікованих фахівців громадського здоров'я.

Наведемо перелік напрямків і сфер діяльності майбутніх фахівців громадського здоров'я, які будуть долучені до участі та контролю за дотриманням норм збереження громадського здоров'я.

*1. Що саме повинен виконувати фахівець громадського здоров'я?*  
Оцінювати стан здоров'я окремих індивідів, колективів, соціальних груп і суспільства, зокрема, у зв'язку з умовами та способом життя; здійснювати оцінку та реагувати на небезпеки для здоров'я, зокрема, під час надзвичайних ситуацій у сфері громадського здоров'я; проводити гігієнічні дослідження (шуму, вологості, освітлення у приміщеннях, дослідження якості питної води тощо); опікуватися захистом здоров'я, включаючи забезпечення безпеки

навколишнього середовища, праці, харчових продуктів та ін.; розробляти заходи щодо збереження та зміцнення здоров'я, покращення стану навколишнього середовища, усунення біологічних загроз, формування здорового способу життя; формувати комунікаційну стратегію в галузі громадського здоров'я; організовувати і проводити профілактичні та оздоровчі заходи щодо збереження здоров'я, попередження травматизму, спалахів інфекційних хвороб та масових отруєнь серед населення, заходи правової допомоги та підтримки, управлінської та економічної складових діяльності системи охорони здоров'я на різних рівнях управління тощо.

*2. Ким може працювати випускник спеціальності «Громадське здоров'я» після закінчення університету? Фахівцем з громадського здоров'я; фахівцем з довкілля та здоров'я; медичним асистентом; коучем зі здоров'я, помічником керівників підприємств, установ та організацій; інспектором із соціальної допомоги; соціальним працівником; менеджером в охороні здоров'я, помічником лікаря-епідеміолога; інструктором із санітарної освіти; інструктором з трудової адаптації; фахівцем з фізичної реабілітації; асистентом вчителя-реабітолога; експертом із медичного страхування; державним інспектором з техногенного та екологічного нагляду; фахівцем з радіаційного та хімічного захисту тощо.*

*3. Де може працювати фахівець з громадського здоров'я? У системах: менеджмент охорони здоров'я; медичне право та біоетика; економіка та фінанси охорони здоров'я; медична екологія та охорона довкілля; біобезпека; профілактична медицина та промоція здоров'я; реабілітація та паліативна допомога; діяльність у сфері соціального захисту; комунікація та PR у сфері охорони здоров'я; сфера обслуговування населення (туризм, готельний та ресторанний бізнес, заклади освіти), тощо.*

**Висновок.** Отже, заявлена гіпотеза даного дослідження про Громадське здоров'я як об'єднуючу цінність для громади і влади доведена, вона може мати реальне впровадження при умові, що кожен керівник центрального та

місцевого органу виконавчої влади буде враховувати наслідки своїх рішень для здоров'я населення і надавати пріоритет заходам, які допоможуть людям уникнути хвороб і травм. А кожний громадянин, громада могла користуватися вказаним переліком законодавчих норм, які закладають базу для організації усіх цих переваг якісного здорового життя та зі свого боку дотримувалися здорового способу життя.

#### Список використаних джерел:

1. Конституція України. URL: <https://president.gov.ua/ua/documents/constitution/konstituciya-ukrayini-rozdil->
2. Закон України «Про систему громадського здоров'я» від 6 вересня 2022 року № 2573-IX. Відомості Верховної Ради України (ВВР), 2023. № 26. Ст. 93. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2573-20#Text>
3. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення». Відомості Верховної Ради України (ВВР), 2018. № 5. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>
4. Конституція Всесвітньої організації охорони здоров'я. World Health Organization. URL: <https://www.who.int/about/accountability/governance/constitution>
4. Про схвалення Концепції розвитку системи громадського здоров'я.: розпорядження Кабінету Міністрів України від 30.11.2016 р. № 1002-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1002-2016-%D1%80#Text>.
5. Про утворення державної установи «Центр громадського здоров'я МОЗ України»: Наказ МОЗ України від 18.09.2015 р. № 604. URL: [https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/MOZ\\_nakaz\\_2015.09.18\\_604.pdf](https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/MOZ_nakaz_2015.09.18_604.pdf)
6. Статут Всесвітньої організації охорони здоров'я. URL: [pdfmedbib.in.ua/vsemirnaya-organizatsiya-zdravoohraneniya.ht](http://pdfmedbib.in.ua/vsemirnaya-organizatsiya-zdravoohraneniya.ht)

## **ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД ПАЦІЄНТІВ У ПРОЦЕСІ РЕАБІЛІТАЦІЇ**

---

**Світлана БЕЗУШКО,**  
кандидат педагогічних наук,  
доцент кафедри психології  
ПВНЗ «Медико-Природничий Університет»

### **ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ У ПРОЦЕСІ РЕАБІЛІТАЦІЇ**

В сучасних умовах українська держава вкрай зацікавлена у здоровому емоційно-психологічному та фізичному стані військовослужбовців. Постійне зростання учасників бойових дій та наслідків цих дій вимагають певної комплексної інтеграції ефективних заходів щодо збереження психічного здоров'я та лікування і реабілітація військових. Особлива увага приділяється психологічному супроводу та психологічній корекції військових під час реабілітації і виступає важливим компонентом сьогоденної соціальної політики.

До наукового розв'язання проблеми психологічного супроводу та надання психологічної допомоги військовослужбовцям в умовах соціальної, фізичної реабілітації, та в умовах бойових дій причетні не тільки зарубіжні вчені, а й українські, а саме: Н. Агаєв, В. Алещенко, А. Кардинер, Дж. Келлі, М. Корольчук, В. Стасюк та інші. Разом з тим вчені констатують, що показники емоційно-психологічного стану військових під час реабілітації залишаються незадовільними [2]. Науково обґрунтована база системи психологічного супроводу у процесі реабілітації зазначеної категорії людей має слугувати повному або частковому поверненню до повсякденного ритму життя. Таким чином питання психологічного супроводу військових під час реабілітації стає предметом окремого дослідження, що й визначає його актуальність.

Психологічний супровід спрямовується на саму особистість військового та на його комунікативні властивості, потреби, психологічні механізми компенсації та захисту, способи поведінки як в родині так і в професійному колективі, та в різних соціальних групах.

У зв'язку з цим при здійсненні певних прийомів реабілітаційних заходів, особистість військового має бути центральною фігурою – для психологів та психотерапевтів. Ми констатуємо, що весь психологічний аспект в реабілітації має ще безпосередню соціальну спрямованість щодо забезпечення загального кінцевого результату означеного процесу.

Таким чином процес реабілітації і психологічний супровід має соціальний аспект, який передбачає повернення та адаптацію військовослужбовців, постраждалих у зоні бойових дій до соціального оточення.

Психосоціальна підтримка – будь-яка форма місцевої або зовнішньої підтримки, спрямована на захист або сприяння психосоціальному благополуччю та запобігання або лікування розладів [1].

Більшість вчених визначають психологічний супровід та підтримку як систему соціально-психологічних способів і методів, застосування яких сприяє соціальному, професійному самовизначенню особистості у ході відновлення її здібностей, ціннісних орієнтирів і самосвідомості, підвищенню її до адаптації та подоланню стресових та інших життєвих ситуацій, та запобіганню виникнення психологічних кризових станів [3].

Психологічний супровід потрібно надавати якомога швидше, адже своєчасність втручання може вже стати профілактикою можливого розвитку посттравматичних та супутніх розладів.

Реалізація плану цього процесу має відбуватися у строгій послідовності і проходити крізь весь процес реабілітації військового, за наступними завданнями, а саме:

- діагностика емоційно-психологічного стану;



- поступове відновлення психічних функцій та корекція особистості допомога в відновленні взаємин у сім'ї та соціумі;
- проведення психокорекційної роботи з родиною постраждалого формування позитивних реакцій, мотивацій, соціальних установок на життя;
- опанування методів саморегуляції та керування стресом відновлення адаптивних механізмів до екстремальних (бойових) дій.

Окреслені завдання можуть здійснюватися за допомогою певних форм і методів, таких як: психодіагностика, індивідуальне консультування, сімейне консультування, групова робота, психологічна просвіта (психоедукація) тощо.

Попри все, одним із ключових аспектів психологічної допомоги повинно бути визнання і усунення післявоєнних стресових розладів (ПТСР) та інших. Адже, треба констатувати, що великий відсоток військовослужбовців, які безпосередньо приймали участь у бойових діях є уразливими особами і потребують термінової кризової інтервенції в процесі їх психологічної реабілітації. Провідними методами кризової інтервенції є кризове консультування та кризова психотерапія. Таку допомогу здійснюють спеціалізовані фахівці реабілітаційних центрів. На сьогодні в країні налічується 10 реабілітаційних центрів RECOVERY, які функціонують у таких місцях як Київ, Львів, Хмельницьк, Черкаси, Одеса, Дніпро, Вінниця. Мережа центрів має на меті своє подальше розширення по країні до 2024 р. Адже, участь у бойових діях є потужним стресом для особистості, що призводить до болісних порушень організму, внаслідок чого є негативні психологічні та психічні розлади.

На жаль треба констатувати, що в самих реабілітаційних відділеннях медичних лікарень, бракує фахових спеціалістів щодо надання психологічного супроводу та психологічної допомоги військовим, а також бракує методичного та практичного досвіду. Таким чином, ми можемо зробити висновок, що проблематика надання психологічного супроводу та психологічної допомоги військовослужбовцям у процесі реабілітації потребує подальшого дослідження і вивчення, як теоретичного так і практичного. Українські науковці мають

великий потенціал збагатити поле досліджень великими інноваційними підходами та методами в окресленій галузі, які стануть важливим підґрунтям для майбутніх фахівців до шляху компетентності і професіоналізму.

#### **Список використаних джерел:**

1. Бріер Д., Скотт К. Основи травмофокусованої психотерапії. Львів: Свічадо, 2015. 448 с.

2. Кісарчук З. Г., Омельченко Я. М., Лазос Г. П., Литвиненко Л. І., Царенко Л. Г. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: метод. посіб. / за ред. З. Г. Кісарчук. Київ: ТОВ Видавництво «Логос». 207 с.

3. Мацегора Я. В., Воробйова І. В., Колесніченко О. С., Приходько І. І. Психологічний супровід військовослужбовців, які виконують службово-бойові завдання в екстремальних умовах: методичні рекомендації. Харків: НА НГУ, 2015. 69 с.

**Олена БОГАЧ,**

кандидат психологічних наук,  
доцент кафедри психології Луганського національного університету  
імені Тараса Шевченка (м. Лубни, Україна)

**Ірина НЕМЯТЧЕНКО,**

здобувачка вищої освіти другого (магістерського)  
рівня вищої освіти спеціальності 053 Психологія  
Луганського національного університету  
імені Тараса Шевченка (м. Лубни, Україна)

### **ПЕДАГОГІЧНІ УМОВИ ЗБЕРЕЖЕННЯ МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я ВЧИТЕЛІВ ПОЧАТКОВИХ КЛАСІВ**

**Постановка проблеми.** У ролі освітніх фахівців, вчителі початкових класів виконують важливу місію щодо підтримки ментального здоров'я як учнів початкових класів так і власного. У дуже складних умовах сьогодення функціонує сучасний освітній процес. Для досягнення ефективності у роботі та збереження ментального здоров'я, будь-якому вчителю зараз вельми важливо вміти відновлювати свій психоенергетичний ресурс, долати страхи, тривогу та розчарування, негативні впливи стресорів.

**Аналіз останніх досліджень.** Проблема забезпечення психологічного, психічного, духовного та морального здоров'я є давньою для наукового співтовариства. Вчені намагалися розв'язати різні аспекти цього питання, досліджуючи настрій та фізичне самопочуття (О. Алексєєв), самоактивність (Т. Титаренко), духовний розвиток як основу саморегулюючої соціально-психологічної системи (М. Боришевський), аномалії у розвитку особистості (В. Петьков), особливості функціонування захисних механізмів психіки індивіда (Н. Пилипенко, В. Слободяник) та інші [2].

За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я, ментальне здоров'я пов'язане зі здатністю реалізувати власний потенціал, справлятися зі стресом та продуктивно взаємодіяти зі своєю спільнотою. Таке розуміння підкреслює важливість самореалізації та соціального впливу для психічного благополуччя [4].

Ментальне здоров'я – це комплексне поняття, що охоплює різноманітні аспекти психічного життя індивіда. До його складу входять емоційне, психологічне, соціальне, духовне благополуччя [2]. Емоційне благополуччя визначається як здатність особистості розпізнавати, розуміти та керувати своїми емоціями. Це включає в себе спроможність відчувати радість, сум, злість, страх та інші емоції, а також адаптацію до них.

Психологічне благополуччя сприяє вирішенню проблем, аналізу ситуацій та саморефлексії. Безпосередньо воно відповідає за процеси саморозвитку та самозростання особистості [2].

Соціальне благополуччя особистості охоплює соціальний спектр взаємовідносин та особливості їх побудови з іншими людьми. Це включає здатність підтримувати контакти з оточуючими та бути частиною суспільства. Духовне благополуччя ґрунтується на сенсах життя, ціннісних орієнтирах особистості та її філософії світосприйняття. Має тісний зв'язок з переконаннями та моральними аспектами життя індивіда [2].

На думку Ю. Болотової ментальне здоров'я особистості також характеризується рівнем і якістю мислення, розвитком уваги і пам'яті, отже є інтегральною характеристикою повноцінного психічного функціонування індивіда, що включає розуміння природи і механізмів його підтримки. Ментальне здоров'я створює фундамент для більш високих рівнів – здоров'я соціального і психологічного. Ментальне здоров'я вчителя початкових класів є складною і багатогранною проблемою [1].

Ризики для ментального здоров'я вчителів початкових класів охоплюють широкий спектр факторів, що можуть негативно позначитися на їхньому емоційному та психічному стані. По-перше, велика відповідальність за формування основних навичок і знань учнів створює значний рівень стресу. Вчителі початкових класів часто стикаються зі складними виховними ситуаціями, проблемами поведінки та навчання, що можуть становити виклик для їхньої психічної стійкості.

Постійне навантаження на роботу, необхідність пристосування до різноманітних потреб учнів та виконання великої кількості завдань можуть призвести до емоційного вигорання. Крім того, недостатня підтримка зі сторони адміністрації, невпевненість у власних здібностях та відсутність можливостей для професійного розвитку також можуть вплинути на ментальне здоров'я вчителів. Вчителі не лише передають знання, але й надають підтримку учням, допомагаючи долати труднощі. Це вимагає значних емоційних зусиль, особливо в умовах війни, коли вони можуть зіткнутися з травматичними подіями. Важливо знаходити час для себе, піклуватися про спокій і відпочинок.

Турбота індивіда про себе не є егоїзмом, а є задоволенням власних потреб, що має багато переваг з фізичного та психологічного погляду. Вона допомагає долати стрес, ризик тривожно-депресивних розладів, покращує концентрацію уваги, підвищує рівень відчуття задоволеності життям. Також це впливає на зниження ризиків розвитку психо-соматичних захворювань, що є вельми важливим для ефективної професійної діяльності вчителя.

Збереження психологічного і фізичного благополуччя вчителя є необхідною умовою підвищення якості освітнього процесу, забезпечення здоров'я молодого покоління. Адже навіть при несприятливому фізичному стані погіршується самопочуття і настрої вчителя, підвищується втомлюваність і дратівливість, що призводить до зниження якості навчально-виховного процесу [5].

Вчителі початкової школи стикаються з унікальними викликами, які значно впливають на їх рівень стресу. Емоційне вигоряння, недостатня підтримка та незадовільні умови праці можуть погіршувати психічне здоров'я вчителів. Усвідомлення педагогами специфіки цих стресорів є важливим для розробки ефективних стратегій підтримки та збереження ментального здоров'я педагогів. Психологічна підтримка та саморозвиток вчителів є важливими компонентами забезпечення їхнього психічного здоров'я. Індивідуальні консультації з психологом, групові тренінги та семінари з управління стресом, а також розвиток професійних навичок через участь у тренінгах та курсах підвищення кваліфікації сприяють підвищенню самосвідомості, зниженню рівня стресу та покращенню загального психологічного стану вчителів.

Використання технік стрес-менеджменту та саморегуляції емоцій є важливими для забезпечення психічного благополуччя вчителів. Глибоке дихання, медитація, рухова активність та інші методи релаксації сприяють зниженню рівня стресу та підтримці емоційної стабільності. Використання цих технік може допомогти вчителям ефективно управляти стресом та підтримувати психологічне самопочуття на високому рівні [3].

**Висновки.** Отже, педагогічні умови збереження ментального здоров'я вчителів початкової школи включають створення сприятливого ментального клімату у колективі, психологічну підтримку та саморозвиток вчителів, застосування технік стрес-менеджменту та саморегуляції емоцій. Ці умови сприяють зниженню рівня стресу, підвищенню професійної самоефективності та загальному психічному благополуччю вчителів. Результатом є здорове та

збалансоване психічне становище педагогічного колективу, що впливає на якість освіти та навчальний процес в початковій школі.

#### **Список використаних джерел:**

1. Болотова Ю. Робота щодо збереження психічного здоров'я педагога. *Педагогічна майстерня*. 2018. № 11. С. 12–17.
2. Беньковська А. В. Психічна та духовна складові здоров'я. *Актуальні питання медицини і біології: праці міжнар. наук.-практ. конф. Полтава, 2017*. С. 92–94.
3. Карамушка Л. М., Карамушка Т. В. Тренінгова програма «Професійна кар'єра та психологічне здоров'я освітнього персоналу». *Організаційна психологія. Економічна психологія*. 2019. №4 (18). С. 36–45.
4. Карамушка Л. М., Креденцер О. В., Терещенко К. В. Поняття про здоров'я та його значення для суспільства та особистості. *Психолого-організаційні детермінанти забезпечення психологічного здоров'я персоналу освітніх організацій в умовах соціальної напруженості: монографія*. Київ – Львів, 2021. С. 21–23.
5. Піковець Н. В. Категорія психологічного здоров'я особистості в контексті професійної діяльності педагога. *Актуальні проблеми психології*. 2016. Вип. 44. Т.1. С.132–138.

**Віктор КАНЕВСЬКИЙ,**

кандидат психологічних наук, доцент,

доцент кафедри психології

ПВНЗ «Медико-Природничий Університет»

### **ПРОБЛЕМА ПТСР З ТОЧКИ ЗОРУ ФУТУРРЕАЛЬНОГО ПІДХОДУ**

Проблема посттравматичного синдрому (посттравматичного стресового розладу, ПТСР) стала актуальною в Україні внаслідок війни, що відбувається вже третій рік поспіль. У світовій практиці накопичено великий досвід боротьби з цією недугою, особливо після війни Сполучених Штатів у В'єтнамі. Проблема посттравматичного синдрому полягає в тому, що у процесі участі у бойових діях особистість зазнає фрустрації, як певного емоційного стану, який виникає, коли людина стикається з перешкодою на шляху до досягнення мети, що робить неможливим задоволення своїх потреб у цьому випадку небезпеки. Такі стани викликають емоційні реакції у вигляді стресів, страху або фобій.

Основним шляхом боротьби з цим є терапевтичні методи. Останніми роками все більше уваги приділяють психологічним методам впливу на стан зниження емоційного компонента цього синдрому. Медикаментозними методами лікування вдається вирішувати певні питання, але коли людина повертається після отримання медичної допомоги у реальне життя, вона знову стикається з життєвими проблемами, які повертають її до стресових станів. Щоб зберегти гідність, особистість витісняє ці стани в підсвідоме, що за Фрейдом призведе до невротичних станів. Тому автор психоаналізу пропонував несвідоме переводити у свідоме, а потім адаптувати людину до реального життя.

На приховання в несвідомому психічному досвіді минулих трагічних подій впливають події теперішнього часу, які також не завжди сприятливі для особистості, що можуть знову викликати стани стресів та фруструючих реакцій. Розв'язання таких ситуацій відбувається на свідомому рівні – відображення навколишнього середовища, тому повинна продовжуватися адаптація до життєвих умов. Адаптація людини до життєвих умов відбувається не тільки на основі набутого досвіду, що зберігається в інстанції актуальної пам'яті, але включає можливість передбачення цих ситуацій, які знаходяться в ситуаціях майбутнього часу.

Проблеми адаптації та реабілітації також викликають багато запитань з точки зору психологічної науки та практики. У роботах М. О. Бернштейна розглядалася ця проблема, з точки зору психології активності людини, і він дійшов висновків, що адаптування до життєвих ситуацій не є ефективним шляхом для розвитку людини. Тільки активне перетворення обставин та умов життя людини, насамперед, у професійній сфері, або творча діяльність в інших сферах, може надати ніби адаптаційний ефект. Але з точки зору психології, необхідно враховувати ще один важливий момент – чи знаходиться людина на «своєму місці».

Це означає, що людина повинна бути активною в житті, а інакше вона не зможе зростати, щоб перетворюватися, і передусім, має бути зацікавленою у відповідній діяльності. Але для того, щоб така діяльність була ефективною, треба ще мати задатки або здібності. Тоді активність людини буде проявлятися певною мірою. Успішність у такій діяльності обов'язково надасть їй упевненості в собі, зможе викликати позитивні емоційні стани, та в кінцевому результаті принести задоволення, коли ставлення до того, що робить людина, стане не тільки активним, але і творчим.

Всі ці питання протягом багатьох років здійснювалися дослідженнями з футурреальної психології. Цей напрям, розроблений відомим українським психологом Я. В. Васильєвим, провідними в житті людини розглядає ситуації майбутнього часу, тому що люди живуть майбутнім та заради нього. Експериментальним засобом дослідження цього напрямку є спеціально розроблена методика «Цільової спрямованості особистості» [1].

Цей напрям досліджень вважає, що орієнтація на ситуації майбутнього часу, що виходять з реальних ситуацій теперішнього часу, можуть вирішити головне завдання – відвернути увагу особистості від ситуацій, що травмують її як несвідоме минуле та свідоме теперішнє, та перенести увагу на ситуації майбутнього часу. Для цього особистість у майбутньому повинна мати перспективну діяльність, що буде відповідати її здібностям та інтересам. Для цього нами була розроблена технологія корекції позицій цільової спрямованості особистості [2].

#### **Список використаних джерел:**

1. Васильєв Я. В. Целевая направленность личности (футурреальный подход). Saarbrücken: Palmarium Academic Publishing, 2015. 232 с.
2. Васильєв Я. В., Каневський В. І. Психокорекція позицій цільової спрямованості особистості: навч. посіб. Миколаїв: Вид-во ЧНУ ім. Петра Могили, 2018. 88 с.



**Олеся КИРИЛЕНКО,**  
доктор соціологічних наук, професор,  
голова ради ГО «Сталий розвиток – майбутнє»

## **ІНСТИТУЦІОНАЛЬНІ ОСНОВИ НАДАННЯ СОЦІАЛЬНО- ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ОСОБАМ ПОСТРАЖДАЛИМ ВІД ВОЄННИХ ДІЙ**

Психічне здоров'я людей в сучасних умовах стає все більш важливою частиною загального здоров'я людей та заслуговує все більшої уваги науковців, лікарів та практичних психологів. Соціальні зміни останнього століття сформували велику сукупність соціокультурних негативних факторів, які визначили значне зростання рівня всіх психічних та поведінкових розладів, появу їх нових форм [1, 2].

Дослідження особливостей психічного стану осіб, які страждають від воєнних конфліктів, дозволили виокремити основні прояви воєнної травми: постравматичний стресовий розлад; реакції на важкий стрес та розлади адаптації; панічні розлади; тривожні та фобічні розлади; афективні розлади; соматичні розлади внаслідок гострого кризового стану [3]. Такі психічні розлади максимально проявляються у військових та біженців, жителів прифронтових територій та місць повітряних ракетних атак. Травмуючий ефект війни також став деструктивним фактором для психічного здоров'я населення, яке віддалене від гарячих зон бойових дій [4].

Отже, в першу чергу травма війни найбільш глибоко проявляється у військових як безпосередніх учасників бойових дій. В другу чергу страждає цивільне населення, яке знаходиться на лінії бойового зіткнення. В третю чергу травму отримують біженці, які стали свідками воєнних дій та вимушені переміщуватись в безпечні місця проживання [5]. Особливою вразливою групою виступають діти, які опинились в епіцентрі бойових дій, ракетних обстрілів та їх загроз (реакція на повітряну тривогу) [6]. Треба зауважити, що зростання рівня тривожності проявляється у більшості населення України, яке часто призводить як до загострення психічних розладів довоєнного періоду, так

і визначає появу нових психосоматичних захворювань. В таких умовах надання соціальної та психологічної допомоги всім постраждалим від війни стає вкрай необхідним та мобілізує суспільство на її організацію у різноманітних формах [5].

Інституціональні основи політики соціально-психологічної допомоги постраждалим від воєнних дій включають такі компоненти: діяльність інституціональних суб'єктів – держави, партій, громадських організацій, фондів, волонтерів, медицини, бізнесу, ЗМІ, освіти, культури, релігії, які безпосередньо і опосередковано включені у процес психологічної допомоги; ціннісні, інформаційні, наукові та нормативно-правові основи політики щодо надання психологічної підтримки різним групам населення; управління та організація соціально-психологічної допомоги підготовка професійних кадрів; матеріально-технічна база та фінансування; система соціального контролю.

Надання соціально-психологічної допомоги всім постраждалим від воєнних дій набуло в Україні характеру цілеспрямованої політики як держави, так і громадянського суспільства. Так, 7 травня 2022 року Кабінет Міністрів України затвердив Постанову про утворення Міжвідомчої координаційної ради з питань охорони психічного здоров'я та надання психологічної допомоги особам, які постраждали внаслідок збройної агресії Російської Федерації проти України [7]. Основними завданнями ради виступають: координація дій всіх суб'єктів надання допомоги, визначення способів надання допомоги та підвищення її ефективності, удосконалення нормативно-правової бази її організації [7].

В Україні з 2022 року почала діяти Національна програма психологічної допомоги населенню, що постраждало внаслідок воєнних дій агресора, яку підтримали Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) та Міжнародна організація з міграції (МОМ) [8]. Програма передбачає:

- залучення фахівців ВООЗ та представників професійної спільноти, експертів, лідерів громадських організацій до розробки та реалізації плану на основі якого буде розроблена впроваджена модель системи надання допомоги;

- побудова системи навчання, сертифікації, моніторингу якості підготовки психологів, психотерапевтів, лікарів-психологів, які працюють у системі більшості міністерств;

- навчання сімейних лікарів, психологів, соціальних працівників, освітян швидких методик психологічної підтримки;

- створення реєстру фахівців і методик, систематизація даних, розробка моделі перенавчання й перепідготовки кадрів, системи їх залучення [8].

В цілому, Програма за підтримки МОМ з Психічного здоров'я та психосоціальної підтримки (ПЗПСП) спрямована на покращення психологічного та соціального добробуту та зміцнення стійкості людей, які постраждали від війни. Вона включає психологічну допомогу через: спеціалізовані служби підтримки; психологів мобільних клінік / центрів; гарячі лінії психологічної підтримки; спеціальні тренінги; фахівців центрів життєстійкості та реінтеграції в територіальних громадах тощо. Всі технології ПЗПСП спрямовані на подолання травматичного впливу війни на людей у різних формах: труднощів з адаптацією, тривоги або страху щодо майбутнього, переживань втрати або горя, занепокоєння та нав'язливих думок, порушень сну або кошмарів, проблем з емоційною регуляцією, особистих або сімейних конфліктів, труднощів у стосунках батьків і дітей, депресивних станів, почуттів самотності [7].

Політика психологічної допомоги постраждалим від воєнних дій в Україні демонструє значну результативність, однак потребує в подальшому підвищення ефективності у таких напрямках:

- охоплення всіх груп населення на основі детальної сегментації об'єктів соціально-психологічної допомоги за критеріями дистанції від рівня

травмування, місця воєнних подій, статі, віку, професійного і економічного статусу (адресність допомоги) тощо;

- посилення психологічної підготовки бійців, а також їх психологічної підтримки на лініях бойових дій, в госпіталях, медичних закладах;

- патронаж всіх поранених, інвалідів війни, ветеранів, сімей загиблих та інвалідів війни, а також ВПО – переміщених осіб з боку фахівців, соціальних служб на локальному рівні;

- використання максимально широкого кола технологій соціальної, фізичної та психічної реабілітації, зокрема ігрової терапії, анімалотерапії та ін. (тобто, кращого світового та національного досвіду у цій сфері);

- підвищення кваліфікації всіх суб'єктів надання психологічної допомоги, нові освітні програми в центральних та периферійних університетах, підтримка соціальних досліджень щодо рівня і форм травмування населення, потреб у допомозі, шляхів її вдосконалення;

- посилення міжвідомчої / між інституціональної координації дій щодо реалізації соціально-психологічної допомоги постраждалим від російської агресії з метою залучення максимальної кількості суб'єктів міжнародного, національного, субнаціонального (обласного), місцевого, локального рівнів;

- децентралізація та локалізація організації надання допомоги, подальше створення центрів життєстійкості на місцях;

- впровадження принципів антикризової політики у всіх сферах життя з метою зменшення впливу деструктивних факторів економічного, інформаційного та психічного характеру та підвищення життєстійкості українського населення [9].

#### **Список використаних джерел:**

1. Mental disorders. World Health Organization. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

2. Mental health atlas 2020. Geneva: World Health Organization; 2021. URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/345946/9789240036703-eng.pdf?sequence=1>

3. Юрьєва Л. М., Носов С. Г., Мамчур А. І., Николенко А. Є., Огоренко В. В., Дукельський А. А., Шустерман Т. І., Ерчкова Н. А. Діагностика, корекція та профілактика кризових станів учасників військових конфліктів. Київ, 2017. 204 с.

4. Соціальний захист людей, які постраждали через війну Російської Федерації проти України. Благодійний фонд «Стабілізейшен Суппорт Сервісез» за фінансування Агентства ООН у справах біженців. 2023. URL: <https://sss-ua.org/useful-materials/sotsialnyy-zakhyst-dlya-lyudey-yaki-postrazhdaly-cherez-viynu-rosiyskoyi-federatsiyi-proty-ukrayiny/>

5. Грузинська І. М. Проблема емоційного реагування на стресові ситуації в мовах воєнного стану. *Вісник Національного авіаційного університету. Серія: Педагогіка. Психологія*. 2022. Вип. 2 (21). С. 97–107.

6. Сокурєнко В. В. Віктимізація українських дітей в умовах російсько-української війни: шляхи попередження та профілактики. *Молодий вчений. Серія: Юридичні науки*. URL: <https://doi.org/10.32839/2304-5809/2024-3-127-18>

7. Положення про Міжвідомчу координаційну раду з питань охорони психічного здоров'я та надання психологічної допомоги особам, які постраждали внаслідок збройної агресії Російської Федерації проти України. Постанова Кабінету Міністрів України від 7 травня 2022 р. № 539. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/539-2022-%D0%BF#Text>

8. Програма психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в Україні: огляд заходів лютий-грудень 2022. Міжнародна організація з міграції. URL: [https://ukraine.iom.int/sites/g/files/tmzbd11861/files/documents/MHPSS%20SnAPSHOT%20for%20WMHD%202022\\_ukr%20%283%29\\_0.pdf](https://ukraine.iom.int/sites/g/files/tmzbd11861/files/documents/MHPSS%20SnAPSHOT%20for%20WMHD%202022_ukr%20%283%29_0.pdf)

9. Григорєнко Н., Гонтарєнко Л. Основні напрямки підвищення рівня цивільного та соціально-психологічного захисту населення. *Проблеми екстремальної та кризової психології*. 2023. № 2 (6). С. 94-103.

**Наталя КОЛОМІЄЦЬ,**  
спеціальності 053 Психологія  
ПВНЗ «Медико-Природничий Університет»

## **ПСИХОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ЗБЕРЕЖЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ СУЧАСНОСТІ**

**Постановка проблеми.** На сьогоднішній день питання збереження психічного здоров'я є надзвичайно актуальним у сучасній психології та медицині. Психічне здоров'я є одним із основних показників благополуччя як окремої особистості, так і суспільства в цілому. Швидкий темп життя, постійний стрес, інформаційний шум, економічна нестабільність, пандемії та

військові конфлікти створюють нові виклики для психічного здоров'я. Це підкреслює необхідність глибокого дослідження психологічних основ збереження психічного здоров'я та розробки ефективних психологічних технологій, спрямованих на його підтримку та зміцнення. Метою тез – теоретичне дослідження основ психічного здоров'я та аналіз психологічних технологій, що використовуються для збереження психічного здоров'я в умовах сучасності.

**Виклад основного матеріалу.** Психічне здоров'я – це стан емоційного та психічного благополуччя, який дозволяє людині ефективно виконувати свої життєві функції, справлятися зі стресами, продуктивно працювати та робити внесок у життя суспільства. Психічне здоров'я включає гармонійне функціонування мислення, емоцій, поведінки та відносин з оточуючими людьми. Це стан, коли людина відчуває задоволення від життя, здатна адаптуватися до змін і ефективно справлятися з труднощами.

Фактори, що впливають на психічне здоров'я: спосіб життя (фізична активність, харчування, сон, відмова від шкідливих звичок), навколишнє середовище (соціальні відносини, економічні умови, умови праці), генетичні фактори (спадковість, особливості нервової системи).

**Сучасні виклики психічному здоров'ю.** Сучасний світ стає все більш складним і динамічним, що створює нові виклики для психічного здоров'я людей. Ось деякі з найактуальніших викликів: швидкий темп життя (постійна зайнятість і багатозадачність, нестача часу на відпочинок і релаксацію), інформаційний шум (великий обсяг інформації, дезінформація та фейкові новини), соціальні мережі (порівняння себе з іншими, кібер-цькування, залежність від соціальних мереж), економічна нестабільність (безробіття та фінансові труднощі, обмеження доступу до медичної та психологічної допомоги), зміна клімату (стихійні лиха та екологічні катастрофи, екологічні зміни), пандемія COVID-19 (соціальна ізоляція, тривога за здоров'я та фінансові труднощі, зміни в способі життя), війна та військові конфлікти (психологічні

травми, тривога та страх, вимушене переміщення та біженство).

**Психологічні механізми збереження психічного здоров'я.** Психічне здоров'я вимагає підтримки та збереження через різні психологічні механізми, які допомагають людині адаптуватися до стресу, управляти емоціями та зберігати емоційне благополуччя. Ось основні механізми збереження психічного здоров'я: захисні механізми, копінг-механізми, резильєнтність, самопідтримка, позитивне мислення.

**Висновки.** Теоретичне дослідження показало, що збереження психічного здоров'я є складним і багатофакторним процесом, який включає різні аспекти способу життя, навколишнього середовища, генетичних і медичних факторів. Сучасні виклики, такі як швидкий темп життя, інформаційний шум, вплив соціальних мереж, економічна нестабільність, зміна клімату, пандемія COVID-19 та військові конфлікти, створюють додаткові перешкоди для підтримки психічного благополуччя. Однак завдяки ефективним психологічним механізмам, таким як захисні механізми, копінг-стратегії, резильєнтність, самопідтримка і позитивне мислення, люди можуть справлятися зі стресом і зберігати своє психічне здоров'я навіть у складних умовах.

Ці результати підкреслюють важливість комплексного підходу до підтримки психічного здоров'я, який враховує всі вищезгадані фактори та використовує різноманітні психологічні інструменти для збереження емоційного благополуччя.

**Алевтина КУРОПЯТНИК,**  
спеціальності 053 Психологія  
ПВНЗ «Медико-Природничий Університет»

## **ПСИХОЛОГІЧНА ПІДТРИМКА ОСІБ ЛІТНЬОГО ВІКУ В УМОВАХ ІЗОЛЯЦІЇ**

**Постановка проблеми.** Необхідність вивчення проблеми надання психологічної допомоги під час вимушеної ізоляції літніх людей під час карантину. Основі напрями дослідження проблеми включають виявлення психологічних особливостей осіб літнього віку та їх психологічна підтримка та систематизація психологічної підтримки літніх осіб у період карантину.

**Мета тез** – висвітлити особливості надання психологічної допомоги під час вимушеної ізоляції літніх людей під час карантину.

**Виклад основного матеріалу.** Віковий період старості є завершальним етапом онтогенезу. Згідно О. В. Горецької старість це особливий період у віковій періодизації людини, оскільки є підбиттям підсумків життя і розставанням з надіями та переоцінкою життєвих цінностей [1].

Як стверджує М. С. Дворник у похилому віці змінюється світогляд людини, відбуваються активні зміни в ціннісній сфері, набуває цінності спосіб життя. З'являється інтерес до фізичної активності та спорту [2].

Особистість завершує трудову діяльність, що зменшує її соціальну активність та контакти, внаслідок чого відбувається зміна «Я-концепції». «Я-концепція» спрямована на збереження сенсу життя та пошуку нового сенсу, якщо старий втратив актуальність. Орієнтація на здоровий спосіб життя: здорове та регулярне харчування, режим сну та відпочинку. Відбуваються зміни ціннісно-сміслової сфери, які проявляються у зміні тимчасової перспективи, якщо в молодості людина орієнтована на майбутнє, в середньому віці на сьогоднішнє, то в старості на минуле та сьогоднішнє, оскільки майбутнє є страшним, спостерігається страх смерті [3].



З віком збільшується ризик розвитку хронічних захворювань та ускладнень. Для людей літнього віку може знадобитися більш інтенсивна медична допомога та догляд, а також доступ до ресурсів для підтримки фізичного здоров'я та благополуччя. Старіння пов'язане зі змінами у способі життя, такими як вихід на пенсію, зміна режиму дня, зміна соціального статусу та ін. Для людей літнього віку складно пристосуватися до цих змін і знайти новий сенс і цілі в житті [5]. Отже, зважаючи на ці особливості, важливо розробляти програми, які враховують потреби та можливості літніх людей, та забезпечують їм доступ до необхідної підтримки та ресурсів.

Навесні 2020 року світ охопила пандемія COVID-19. Досить рано було зазначено, що нова інфекція є небезпечною для людей старшого віку: ризик летального результату тим вищий, що старший за хворий.

МОЗ України рекомендувало людям старше 65 років у якості заходів щодо протидії вірусу (не залишати житла, звести до мінімуму фізичні контакти). Це започаткувало дискусію про потенційне зростання ейджизму під час пандемії, адже йшлося про сприйняття літніх людей як єдиної гомогенної групи, без урахування індивідуальних особливостей, життєвих умов, стану здоров'я.

Літні люди з когнітивними порушеннями мають особливі труднощі під час пандемії коронавірусу. Ізоляція може посилити існуючі симптоми розладу, такі як: депресія, тривожність, параноя та obsесивно-компульсивний розлад. Відсутність підтримки та спілкування з іншими людьми може призвести до посилення негативних думок та почуттів. Літні люди з розладами психічного здоров'я можуть почуватися особливо самотньо в ізоляції через складнощі у встановленні та підтримці соціальних зв'язків.

І. В. Мещан вважає, що психологічна підтримка людей літнього віку відіграє ключову роль у забезпеченні їх психічного благополуччя та якості життя. Люди літнього віку можуть відчувати різні психологічні проблеми, такі як: депресія, тривога, почуття самотності і страх перед старістю. Індивідуальні

сесії з психологом допоможуть впоратися з цими проблемами та знайти способи вирішення. Організація групових занять або групових сесій підтримки є корисною для людей даного віку. У таких групах вони можуть спілкуватися з людьми свого віку, ділитися досвідом та емоціями, а також отримувати підтримку та розуміння від інших.

Літнім людям є корисні методи управління стресом та релаксації, такі як: дихальні вправи, медитація, йога та інші техніки. Крім емоційної підтримки, людям літнього віку може знадобитися допомога у вирішенні практичних проблем, пов'язаних з їх здоров'ям, фінансами, житловими питаннями та іншими аспектами життя [6]. Ефективна система психологічної допомоги літнім людям під час карантину має бути гнучкою, доступною та орієнтованою на їх конкретні потреби та можливості.

Участь у групових сесіях з підтримкою від інших людей літнього віку допомагає почуватися менш самотніми, обмінятися досвідом і отримати підтримку від людей, які стикаються з подібними проблемами. Літнім людям є корисними різні стратегії керування стресом, такі як дихальні вправи, медитація та релаксація. Люди літнього віку стикаються з різними змінами у своєму житті, такими як: втрата здоров'я, вихід на пенсію, переїзд або зміни в сімейному колі. Психолог може допомогти їм адаптуватися до цих змін і знайти новий зміст та мету в житті [4].

Отже, психологічне супроводження та підтримка людей літнього віку допомагає їм почуватися більш впевнено, щасливо та усвідомлено проживати своє життя, незважаючи на вікові виклики та зміни.

**Висновок.** Допомога в адаптації до змін потребує терпіння, підтримки та розуміння. Важливо пам'ятати, що кожна людина є унікальною, і підхід до допомоги в адаптації повинен бути адаптований до індивідуальних потреб та здібностей літньої людини.

Отже, успішне психологічне консультування людей літнього віку вимагає від психолога глибокого розуміння та поваги до їх унікальних потреб та

особливостей, а також готовності адаптувати свій підхід відповідно до цих чинників.

#### **Список використаних джерел:**

1. Горещька О. В. Психологічні особливості прояву оптимізму в людей похилого віку. *Науковий вісник Херсонського державного університету*. 2020. Вип С. 33–40.

2. Дворник М. С. Соціодемографічна специфіка одержання громадянами електронної соціально-психологічної підтримки під час пандемії COVID-19 в Україні. *Науковий вісник Херсонського державного університету*. 2021. №4. С. 142–147.

3. Іванова І. Б. Соціальна робота з людьми похилого віку: навч. посіб. Київ: Університет «Україна», 2023. 220 с.

4. Іванова О. В., Ігнатович О. М., Котун К. В., Коваленко О. Г. Відеоконтент психологічної підтримки літніх осіб та їх родин в Інтернеті. *Інформаційні технології і засоби навчання*. 2021. Том 84. №4. С. 234–247.

5. Кравцова Т. Психологічна підтримка та навчання працівників соціальної сфери як ключових надавачів послуг догляду літнім людям в умовах пандемії COVID-19. *Психологічна підтримка літніх осіб в період карантину: матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю (м. Київ, 29 листопада 2021 року) / Ін-т педагогічної освіти і освіти дорослих імені Івана Зязюна НАПН України*. Київ: Інститут педагогічної освіти і освіти дорослих імені Івана Зязюна НАПН України, 2021. С. 149–155.

6. Мещан І. В. Емоційні проблеми людей похилого віку як предмет соціальної роботи: регіональний аспект. *Соціальні технології: актуальні проблеми теорії та практики*. 2017. Вип. 73. С. 90–99.

7. Михальська С. Психологічні особливості людей похилого віку. *Збірник наукових праць: Проблеми сучасної психології*. 2014. №23. С. 425–434.

**Катерина ПУХАЛЬСЬКА,**  
здобувачка вищої освіти IV курсу  
спеціальності 053 Психологія  
ПВНЗ «Медико-Природничий Університет»

### **ПСИХОЛОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ДІТЕЙ ПІД ЧАС ВІЙНИ**

**Постановка проблеми.** В Україні немає жодної дитини, на яку не вплинула би війна. Власне тому допомога дітям у подоланні наслідків війни, збереження їх соціально-адаптивних можливостей, оновлення життєвої активності та підвищення рівня психологічного благополуччя в умовах

переживання тривалих травматичних подій є на сьогодні надважливим завданням.

Зважаючи на гнучкість і здатність до відновлення дитячої психіки «майже до 100%» [1], рання інтервенція під час допомоги дітям війни є вкрай актуальною. Вчасно діагностований рівень впливу війни на психоемоційний і поведінковий стан дитини збільшує шанси на її ефективну психологічну реабілітацію навіть в умовах продовження ведення бойових дій.

За даними аналітичної компанії Gradus Research [3], приблизно три чверті українських дітей уже виявляють симптоми психічної травми (симптоми емоційних чи поведінкових реакцій, реактивні психогенні розлади, іноді до ступеню психозу та ознаки порушення соціального функціонування). «Психологічне та психічне здоров'я дітей в умовах війни та бойових дій порушено. Найчастіше формуються такі стани, як гостра реакція на стрес, посттравматичний стресовий розлад, розлад адаптації, психосоціальні захворювання, фобічні утворення та розлади соціальної активності» [3].

Зокрема для дошкільників і молодших школярів найбільш типовими реакціями на травматичні події є: елементи регресивної поведінки (енурез, смоктання пальця, страх утратити батьків, втрата набутих навичок); втрата інтересу до гри або повторення однієї ж і тієї гри, що має зв'язок із травматичними подіями; боязнь незнайомих людей; тривожний сон; приступи гніву, дратівливість, стурбованість; постійна готовність до небезпеки; труднощі з концентрацією уваги [2, с. 87].

**Виклад основного матеріалу.** Виявити психічну травму у такої вікової категорії доволі складно, оскільки у дошкільнят і молодших школярів вербальні здібності ще досить обмежені. З огляду на це, своєчасна реакція батьків і педагогів на будь-які зміни у дитячій психоемоційній сфері є дуже важливими. Адже більшість дітей повертаються до норми після травматичної події без професійної допомоги психологів, просто завдяки підтримці і турботі близьких.

Однією з найважливіших умов ефективно проведеної реабілітації та наявності позитивної динаміки під час її проведення є якісне та ґрунтовне проведення психодіагностики. Враховуючи вік респондентів, зокрема нашого дослідження, це діти 5-7 років, ми вважаємо доцільним і обґрунтовано необхідним опитати в ході проведення діагностики і їх батьків. У підсумку, 46% батьків відчують емоційне напруження, прояви агресії чи навпаки – апатичність, депресивність, емоційну відстороненість своєї дитини. Порушення пам'яті, уваги та здатності вчитися у дітей відзначають 30,7% дорослих. Проте, в цілому, за відповідями батьків, в жодної дитини не виявлено достатньої кількості ознак, які б свідчили про наявність ПТСР.

Переважає більшість дітей, 72,4%, за результатами діагностики, попри те, що живуть у країні, де йде війна, знаходяться в емоційно сприятливій домашній атмосфері, почувають себе захищеними, коханими та значущими. Проте 96,5% бажають тримати свої емоції при собі, підсвідомо дбаючи про свою емоційну безпеку. 37,9% регулярно або ж час від часу проявляють імпульсивність у поведінці та прийнятті рішень. Більша частина тестованих, 62 %, страждає від тривожності різного ступеня інтенсивності. І саме ця ознака виявляється провідною у груповому розрізі.

16,7% опитуваних дітей показали рівень тривожності «середній», «вище середнього» рівень тривожності мають 50% респондентів. І, на наш погляд, такі, котрі знаходяться у групі ризику, або ж ті, на котрих варто звернути особливу увагу, є 33,3 % досліджуваних з рівнем тривожності «високий». Жодна дитина не показала «низького» рівня тривожності.

Варто зауважити, що окремо рівень тривожності не є показником наявності у дитини певного розладу. Тож, аби зрозуміти, чи рівень тривожності є частиною деякого симптомокомплексу (наприклад, ознакою посттравматичного стресового розладу), дітей із групи ризику варто діагностувати більш ретельно й детально, враховуючи усі необхідні для об'єктивної оцінки психоемоційного стану чинники.

Сьогодні поняття «психологічна реабілітація» – це комплексна допомога спеціалістів, спрямована не лише на компенсацію розладів, а й на повернення постраждалої людини до суспільства, її якомога повнішу особисту, професійну інтеграцію в соціум. [4, с. 5]. Якщо говорити коротко, цей процес спрямований на повернення особистості до нормального життя і передбачає надання наступних послуг: психологічна діагностика, психоедукація, психологічне консультування, психотерапія та групова робота.

Говорячи про базові, на нашу думку, методи психологічної реабілітації дітей під війни, однією із найбільш адаптованою для роботи з пацієнтами усіх вікових груп ми вважаємо когнітивно-поведінкову терапію. Не менш ефективною у роботі з посттравматичним стресовим розладом, а також і з психологічними проблемами іншого спектру, є анімалотерапія, яка практично не має жодних протипоказань і є природним способом оздоровлення психіки.

Казкотерапія дозволяє нам лікувати дитячу душу та реабілітувати дитячу психіку під час роботи з наслідками війни, використовуючи при цьому мінімум ресурсів, але отримуючи досить високу ефективність. Не менш дієвою і цілком екологічною є також арттерапія.

Загалом, наразі є численна кількість методик, технік і прийомів для роботи з наслідками війни, існують різноманітні комплексні психологічні програми реабілітації. Проте навіть вони не мають жорсткого та цільного алгоритму дій, а тому допомога дітям – жертвам війни, яка проводиться в нашій державі, має дещо хаотичний та стихійний характер.

Ми переконані, що для досягнення стійкого позитивного терапевтичного ефекту програми реабілітації жертв війни повинні існувати на державному рівні й мати чіткий алгоритм кроків щодо відновлення психіки дитини та повернення її до нормального життя після пережитого травмівного досвіду. Чим швидше ми почнемо послідовно та систематично впроваджувати в життя дітей послуги психологічної допомоги, тим менш ймовірним стає ризик отримання ними

незворотніх руйнівних змін у психіці внаслідок ведення повномасштабних воєнних дій на території України.

**Висновок.** Базова програма реабілітації повинна включати перелік гарантованих державою на безоплатній основі послуг психологічної реабілітації, основні методи надання цих послуг, їх фактичний і погодинний об'єм, а також визначати відповідального за проведення тієї чи іншої форми психологічної допомоги. Лише інтегрувавши її в загальний освітньо-виховний процес, реально досягти системності, послідовності, комплексності, стабільності, регулярності, і що так важливо – доступності в отриманні послуг психологічної реабілітації.

Отже, підсумовуючи, скажемо, якщо можемо говорити про можливість повноцінного відновлення дитячої психіки та про її гнучкість, то повинні говорити і про застосування методів психологічної реабілітації дітей не точково, не хаотично, а безпосередньо на рівні держави – гарантовано, безоплатно, системно.

#### **Список використаних джерел:**

1. Блог Gen. Ukrainian: вебсайт. URL: <https://genukrainian.com.ua/blog>
2. Левченко В. В., Луценко О. В. Вплив військових подій на психічне здоров'я дітей. *Психологія особистості*. 2023. Вип. 50. URL: <http://habitus.od.ua/journals/2023/50-2023/15.pdf>
3. Серед жахів війни. У 75% дітей України травмована психіка. URL: <https://gromada.group/news/statti/23944-sered-zhahiv-vijni-u-75-ditej-ukrayini-travmovana-psihika>
4. Титаренко Т. М. Соціально-психологічна реабілітація особистості: етапи, технології, техніки. URL: <https://is.gd/2B3quW>

**Артем ШЛЯХТІН,**  
здобувач вищої освіти III курсу  
спеціальності 223 Медсестринство  
ПВНЗ «Медико-Природничий Університет»

## **ПСИХОЛОГІЧНІ ПРОБЛЕМИ ПОДРУЖЖЯ ПІСЛЯ НАРОДЖЕННЯ ДИТИНИ**

**Постановка проблеми.** Діадні стосунки в парі, коли відносини будувались між чоловіком та жінкою після народження дитини переходять у новий вимір. Пара переходить із діади в тріаду. Стереотипно в суспільстві, пару від моменту народження дитини починають називати сім'єю, що накладає свої додаткові очікування, необхідність відповідати нормам, прийнятим у соціальній культурі.

Стосунки міцнішають, з'являються зобов'язання не лише перед собою і партнером, а й перед суспільством, відповідальність за нове життя та виховання дитини, повністю залежної від народження і вже визнаної суспільством як автономна особистість.

Партнери, які були до моменту народження дотичні один до одного, тепер будують стосунок у трикутнику, де їх об'єднує дитина, але, в той же час, відстань між ними збільшується. Увага до новонародженої дитини, величезна кількість питань, незнання, невпевненість, страхи, тривоги, прагнення незалежності від порад оточуючих, та багато іншого. Це частина стресових факторів, з якими зустрічаються молоді батьки. Окреслення цих стресових факторів і є **метою** даних тез.

**Виклад основного матеріалу.** Поява первістка змінює функції, права й обов'язки членів родини, подружжя вперше зіштовхується з уявленнями й очікуваннями свого партнера про батьківство. Необхідно домовитися про нові правила життя, перерозподілити обов'язки, у якихось питаннях піти на компроміси на шкоду своїм звичним бажанням, – і саме на цьому тлі виникає безліч конфліктів, сварок, нерозуміння.



І жінка, і чоловік після народження першої дитини зіштовхуються з реальністю, яка часто не збігається з тим, що вони уявляли. А з огляду на те, що більшість сучасних молодих сімей уже проживають окремо від батьків, материнство і батьківство перших місяців і років стає бентежливим і тривожним, адже вони не мають цілодобової допомоги й підказок, відповідальність цілком і повністю лягає на їхні плечі. Таким чином, освоєння нової ролі стає стресом як для особистості кожного з подружжя, так і для стосунків між ними.

Народження дитини – це перевірка стосунків на міцність і єдність. З конфліктами зіштовхуються всі без винятку, але пройти цей кризовий етап і вийти з нього на новий рівень стосунків вдається не всім.

З народженням первістка з'являється не тільки нове життя, з'являються також нові ролі та статуси в подружжя. Відтепер вони не тільки чоловік і дружина, а ще мама й тато. І ці ролі накладають на них величезну кількість обов'язків: фізичних, моральних, матеріальних, психологічних. Для багатьох перебудуватися та моральних, матеріальних, психологічних. Для багатьох перебудуватися та призвичаїтися до нового графіка життя виявляється непросто. На цьому тлі накопичуються взаємні претензії й образи, які збільшуються в зв'язку з фізичною та психологічною втомою, що також є неминучим супутником батьківського щастя.

Тому подружжям, які готуються стати батьками або щойно стали ними, важливо розуміти, що зміни в житті й стосунках – це нормально, що так, як колись, уже не буде (принаймні певний час). І необхідно всіма силами намагатися пристосуватися до нового життя, а не витратити свою енергію на те, аби повернути на те, як було раніше. Домовлятися, проговорювати свої очікування від партнера (а не просто очікувати за замовчуванням), регулярно переглядати, хто які функції на себе в сім'ї бере (якщо, наприклад, до пологів їжу готувала виключно жінка, то після появи дитини можна сісти й обговорити, як і ким тепер реалізовуватиметься ця функція).

Узгодженість, гнучкість і правильний розподіл ролей та обов'язків між членами сім'ї допомагає їй нормально функціонувати. Тому дуже важливо, щоб кожний член родини добре знав свою роль, ролі інших, і щоб його поведінка відповідала цьому знанню. Ще один чинник, який руйнує сімейну гармонію й породжує часом нерозв'язні конфлікти, – невідповідність рольових уявлень. І в чоловіка, і в жінки є певні уявлення та очікування щодо того, як це – бути батьками. Ці очікування народжуються і з особистого дитячого досвіду, і з фантазій про те, як хотілося б.

Буває так, що подружжя зіштовхується з невідповідністю своїх очікувань і дій партнера. На цьому тлі можуть виникати розчарування, незадоволеність, злість та, як наслідок, – докори, сварки, думки "схоже, я зовсім не знаю його (її)".

І тут необхідно усвідомлювати, що уявлення про батьківські ролі та функції не є абсолютом, способів, як бути "гарною мамою" та "гарним татом", – безліч. Тому слід обговорювати й проговорювати кожну свою дію та рішення, пояснювати, чому ви бажаєте вчинити саме так, розповідати, чому це важливо для вас. Адже за великим рахунком мета і завдання в кожній парі батьків одна – здоров'я й щастя дитини. А от способів досягнення та реалізації цього надзвичайно багато.

Одним з найпоширеніших прикладів такого роду конфлікту є картина, коли чоловік присвячує весь свій час зароблянню грошей (саме в цьому він вбачає реалізацію своєї батьківської функції – забезпечувати родину, так, приміром, як робив і його батько), а жінка ображається й відчуває невдоволення від того, що він "не займається дитиною" (тому що в її картині батьківства є не тільки фінансова складова, а ще й емоційна, побутова тощо). Тому важливо вчитися обговорювати всі свої очікування та уявлення, прямо казати про свої почуття, якщо щось не влаштовує (а не починати дорікати), шукати загальне бачення свого батьківства.

**Висновки.** Деякі пари не можуть оговтатись від конфліктів і розлучаються, хоча й доклали багато зусиль, щоб врятувати свої стосунки. Але не всі готові до таких радикальних кроків. Тому для того, щоб краще адаптуватись до нових реалій, потрібен час і розуміння того, що замість криків і ультиматумів варто пояснити, чому нове життя потребує певних жертв від обох батьків.

Головний ключ – це рівновага між батьківством і шлюбом. Не можна забувати, що ви – подружжя, друзі, коханці й просто близькі люди. Це окреме й важливе завдання, кажуть психологи. Необхідно приділяти одне одному час та емоції і мати реалістичні очікування – зокрема, не вважати, що ваш партнер має бути ідеальним.

## РЕЗОЛЮЦІЯ

### III Регіональної науково-практичної конференції «Громадське здоров'я: проблеми сьогодення та перспективи розвитку» від 28 червня 2024 р.

---

III Регіональна науково-практична конференція «Громадське здоров'я: проблеми сьогодення та перспективи розвитку» – захід, який присвячений розгляду проблемних питань у сфері громадського здоров'я, які стоять на шляху розбудови вітчизняної системи охорони/захисту громадського здоров'я, зокрема фундаментальних та прикладних досліджень у сфері громадського здоров'я; профілактиці захворювань та промоції здоров'я; збереженню фізичного та психічного здоров'я; впровадженню соціально-гігієнічного моніторингу та оцінки медико-екологічних ризиків для життя і здоров'я населення; менеджменту в охороні громадського здоров'я; біобезпеки; нормативно-правового та матеріального забезпечення системи охорони/захисту громадського здоров'я; кадрової політики у сфері громадського здоров'я. Тому, не випадково, тематика конференції привернула увагу не тільки освітян, студентської молоді, а й представників з різних відомств, медичних закладів та організацій.

У роботі конференції прийняло участь 80 учасників, було заслухано 20 доповідей та представлені змістовні презентації, які розкривають сучасні проблеми й перспективи розвитку громадського здоров'я.

За результатами роботи, представлених доповідей, загальних дискусій та спільного обговорення проєкту резолюції III Регіональної науково-практичної конференції «Громадське здоров'я: проблеми сьогодення та перспективи розвитку», учасниками було прийнято рішення про затвердження резолюції у такій редакції:

1. Визнати, що III Регіональна науково-практична конференція «Громадське здоров'я: проблеми сьогодення та перспективи розвитку» проведена на високому організаційному та науково-методичному рівні.

2. Підтримати пропозицію керівника відділення ВБО «Турбота про літніх в Україні» у м. Миколаєві, старшого викладача кафедри медсестринства і громадського здоров'я ПВНЗ «Медико-Природничий Університет» – Володки Наталі Анатоліївни щодо ініціювання перед Міністерством освіти і науки України про внесення у Стандарт вищої освіти першого (бакалаврського) рівня вищої освіти галузі знань 22 «Охорона здоров'я» за спеціальністю 223 «Медсестринство» компетентність: «Здатність до динамічної адаптації та саморегуляції у важких життєвих і професійних ситуаціях з урахуванням механізму управління власними емоційною, мотиваційно-вольовою, когнітивною сферами».

3. Продовжити проведення теоретико-практичних, експериментальних і клінічних досліджень у галузі громадського здоров'я, адже у сучасному світі здоров'я населення визнано однією з найбільших цінностей і є необхідним компонентом соціально-економічного розвитку й процвітання будь-якої держави і запорукою її національної безпеки.

4. Активізувати роботу серед науково-педагогічних працівників та студентської молоді із залучення їх до вирішення актуальних проблем сучасного громадського здоров'я.

5. Розвинути роботу щодо поглиблення існуючих і встановлення нових взаємозв'язків із національними і міжнародними організаціями, які об'єднують науковців і практиків у сфері громадського здоров'я для обміну оперативною інформацією, спільного проведення досліджень та впровадження результатів у практичну діяльність.

6. Підсумовуючи результати проведеного наукового заходу учасниками відзначено, що конференція сприяє об'єднанню науковців різного профілю, всебічному і професійному розвитку молоді, обміну науковим досвідом, а також плідному співробітництву.

7. Продовжити практику регулярного проведення Регіональної науково-практичної конференції «Громадське здоров'я: проблеми сьогодення та перспективи розвитку».

Учасники науково-практичної конференції вважають проведену роботу плідною і сподіваються на успішне виконання поставлених завдань.

Резолюція затверджена одностайно учасниками науково-практичної конференції.

**Наукове електронне видання**

**«ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я: ПРОБЛЕМИ СЬОГОДЕННЯ ТА  
ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ»**

**Матеріали III Регіональна науково-практична конференція**

28 червня 2024 р.

м. Миколаїв

**Відповідальні за випуск:** Віра ЯРОШЕНКО

**Комп'ютерна верстка:** Ольга СТИЦЕНКО

Підписано до друку 28.06.2024 р.

Формат 60 x 84/16. Гарнітура Times New Roman. Друк офсетний.

Обсяг: 8,4 ум.-друк. арк.

---

Україна, 54018, м. Миколаїв, пр-кт. Богоявленський, 43-А,

ПВНЗ «Медико-Природничий Університет»

e-mail: [info@vnz-mpu.com.ua](mailto:info@vnz-mpu.com.ua)

моб. тел.: (093) 549-33-15